

Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP): La nueva perspectiva de la multimorbilidad

Freddy Acuña Yáñez (1), Alex Ortiz Cabezas (2) Javiera Bolbarán Cabello (3).

1. Médico Familiar Mención Adultos, CESFAM Dr. Ricardo Valdés, Cauquenes, Región del Maule.

2. Médico Familiar Mención Adultos, CESFAM de Pelarco, Pelarco, Región del Maule.

3. Interna de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Región del Maule.

Resumen

Introducción. En Chile, como en el mundo, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son un problema en aumento, tanto en magnitud como en complejidad. Las personas con múltiples ECNT tienen una mayor mortalidad, riesgo de hospitalización y una estadía hospitalaria más prolongada; todo lo anterior, provoca un impacto negativo en la calidad de vida de las personas, sus familias, sus cuidados y un incremento de recursos sanitarios. Es así como dentro del contexto del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, se presenta la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), diseñada para fomentar, prevenir y abordar la cronicidad en situaciones de multimorbilidad. Esta estrategia adopta un enfoque basado en el riesgo y tiene como objetivo proporcionar cuidados integrales y continuos. **Objetivo.** Analizar y presentar la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) como un enfoque innovador en la atención de las ECNT y comprender cómo su desarrollo ha contribuido a desarrollar lineamientos esenciales para las necesidades de la población. **Metodología.** Se realizó un estudio cualitativo descriptivo de tipo selectivo y detallado, que tuvo la finalidad de recopilar y examinar información bibliográfica de los últimos 6 años para identificar de manera detallada cualquier rediseño en el enfoque de la atención integral centrada en las personas evaluando cómo estos cambios han impactado en la efectividad y la aplicabilidad. En este caso se recogieron datos e información de bases de datos científicos médicos. **Resultados.** El protocolo de ECICEP es un cambio de paradigma en la atención sanitaria, pasando de un modelo tradicionalmente centrado en la enfermedad a uno centrado en la persona. Se basa en principios fundamentales como el respeto a la autonomía y dignidad de cada paciente, la participación activa en la toma de decisiones, la comunicación efectiva y el trabajo en equipo multidisciplinario. **Conclusión:** En el ámbito de la atención médica es fundamental contar con un enfoque integral que considere no solo la enfermedad o dolencia de

una persona, sino también su bienestar físico, emocional y social. En este sentido, el protocolo de estrategia de cuidado integral centrado en las personas (ECICEP) se presenta como una guía fundamental para garantizar, a través de intervenciones multidisciplinarias y evaluaciones integrales, una atención de calidad centrada en las necesidades individuales de cada paciente.

Palabras claves: multimorbilidad; persona; cuidado integral; autogestión; continuidad del cuidado.

Abstract

Introduction. In Chile, as in the rest of the world, non-communicable chronic diseases (NCDs) are an increasingly significant issue, both in terms of magnitude and complexity. Individuals with multiple NCDs face higher mortality, increased risk of hospitalization, and longer hospital stays; all these factors negatively impact the quality of life of individuals, their families, their caregivers, and lead to increased healthcare resources. Within the context of the Comprehensive Family and Community Health Care Model, the Person-Centered Comprehensive Care Strategy (PC3S) is introduced, designed to foster, prevent, and address chronicity in multimorbidity situations. This strategy adopts a risk-based approach and aims to provide comprehensive and continuous care. **Objective.** To analyze and present the Person-Centered Comprehensive Care Strategy (ECICEP) as an innovative approach in the management of NCDs and to understand how its development has contributed to establishing essential guidelines for the population's needs. **Methodology.** A selective and detailed qualitative descriptive study was conducted to compile and examine bibliographic information from the last 6 years, identifying in detail any redesign in the person-centered comprehensive care approach and evaluating how these changes have impacted effectiveness and applicability. Data and information were collected from medical scientific databases. **Results.** The ECICEP protocol represents a paradigm shift in healthcare, moving from a traditionally disease-centered model to a person-centered one. It is based on fundamental principles such as respect for the autonomy and dignity of each patient, active participation in decision-making, effective communication, and multidisciplinary teamwork. **Conclusion.** In the field of healthcare, it is essential to have a comprehensive approach that considers not only a person's illness or ailment but also their physical, emotional, and social well-being. In this regard, the Person-Centered Comprehensive Care Strategy (ECICEP) protocol serves as a fundamental guide to ensure quality care focused on the individual needs of each patient through multidisciplinary interventions and comprehensive assessments.

Keywords: multimorbidity; person; comprehensive care; self-management; continuity of care.

Introducción

Una de las inquietudes más relevantes de los últimos años en salud pública se relaciona con la creciente cantidad de personas donde coexisten dos o más condiciones crónicas (multimorbilidad) y que requieren cuidados a largo plazo. (1) La situación epidemiológica chilena, medida a través de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016- 2017, muestra crudamente la realidad de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en el país, las que constituyen no sólo la principal causa de muerte de nuestra población, sino que también a la primera causa de años de vida perdidos, por lo que la prevención, detección precoz y el tratamiento oportuno son una prioridad (2). Según la ENS, 11 millones, aproximadamente, de chilenos adultos con enfermedades crónicas requieren atención médica individual, de los cuales, 9 millones conviven con 2 o más enfermedades crónicas y 2 millones con 5 o más enfermedades crónicas. El sistema de salud chileno es capaz de atender a un máximo de aprox. 4 millones de personas con ECNT anualmente (3).

La multimorbilidad presenta un gran desafío, que requiere un proceso de gestión de cambio (1), es por esto, que, ante esta situación, los sistemas de salud deben avanzar hacia la superación de la fragmentación por programas de atención basados en patologías y con excesivo énfasis en mejorar parámetros clínicos y proveer cuidado integral, continuo y centrado en las personas que logre ser también una herramienta de acompañamiento para la misma, su familia y/o cuidadores, haciéndoles activos en sus procesos de salud (4).

La Estrategia Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), promueve una atención integral basándose en principios fundamentales, como el respeto a la autonomía y dignidad de cada paciente, la participación activa en la toma de decisiones, la comunicación efectiva y el trabajo en equipo multidisciplinario.

Metodología

El presente trabajo constituye un estudio descriptivo de enfoque crítico, selectivo y detallado, con una exhaustiva recopilación e integración de información. La finalidad principal de este estudio es examinar la bibliografía publicada en los últimos 6 años en estudios nacionales e internacionales. Para lograr esto, se ha recabado información de bases de datos científicos médicos y se han consultado guías de manejo clínico. A través de este análisis, se extraen datos relevantes que conducen a diversas conclusiones, todas alineadas con los objetivos establecidos al inicio de la investigación.

Resultados

¿QUÉ ES ECICEP?

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), a principios del año 2020, publica el marco conceptual de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, basada en los principios del MAIS, para la población de 15 años y más que recibe prestaciones en el sistema público de salud (5).

Es una estrategia que configura la forma de proveer atención en la red de salud (1), que aspira a que las personas cuenten con cuidados integrales, centrados en ellas, con continuidad del cuidado, que incorpore las necesidades del entorno, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia (6).

De ese modo, la ECICEP busca que las personas en situación de cronicidad reciban cuidados desde un sistema proactivo, de manera integral, continua y adaptada a sus necesidades, con un rol y una responsabilidad mayor en la gestión de su propia salud (1).

Implementación de la estrategia

La implementación de la ECICEP requiere redefinir roles al interior del equipo de salud, así como también, incorporar nuevos roles, conforme al nivel de riesgo de las personas (1):

- Dupla gestora del cuidado: Cada equipo de sector, requerirá de un profesional y un TENS (1) que acompañarán a las personas con condiciones crónicas de salud de alta complejidad, asesorados por

Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP): La nueva perspectiva de la multimorbilidad

un gestor comunitario, quien será un facilitador de la atención y provisión de cuidados a la persona y su familia, con énfasis en apoyo al automanejo y responsable de la planificación y coordinación de las prestaciones (1).

- Médico: Encargado del ingreso integral y de la continuidad de la atención clínica de determinados pacientes según el plan de cuidados diseñado al ingreso; realizando los controles pertinentes en cada caso (6).
- Profesionales no médicos: Deberán colaborar en cada ingreso y control que la persona y su familia opte para el manejo de la enfermedad, desde la mirada multidisciplinaria; además de educar y apoyar al automanejo y continuidad del cuidado de las personas con morbilidad crónica (6).

La implementación del ECICEP implica transitar desde las construcciones teóricas hacia su ejecución y desarrollo de manera articulada (6). Las etapas son las siguientes:

Etapas I: Preparación previa

Se debe identificar el nivel de riesgo mediante una estratificación de la población y realizar una revisión/análisis del historial clínico, esto permitirá levantar información significativa desde el punto de vista biopsicosocial. De requerirse y ser factible, se puede realizar una Visita Domiciliaria para recabar información (6).

Para definir la estratificación, se deberán considerar y cuantificar algunos criterios, tanto clínicos como no clínicos. Un tipo de medición corresponde al simple conteo de patologías de cada individuo, mediante criterios de priorización (Anexo, Tabla 1: Criterios de priorización)(6). Este método es sencillo de implementar en cualquier sistema sanitario, pudiendo establecerse como medida inicial.

La estratificación de la población define los niveles de atención y las necesidades de uso de los servicios asistenciales, lo que permite identificar los diferentes tipos de requerimientos e intervenciones de cada grupo, con el fin de manejar su condición crónica y evitar ingresos hospitalarios y/o demandas de urgencias (1).

Es obtenida a través de los sistemas de registro clínico electrónico disponible, lo que permite distinguir el nivel de complejidad de la persona en situación de cronicidad y, a partir de ello, agrupar a las personas

según su complejidad y riesgo, favoreciendo el desarrollo de intervenciones acordes a sus necesidades y características (6). Así es como se pueden identificar cuatro niveles de complejidad (6):

- Nivel G0: Personas sanas, sin cronicidad o sin identificación de condiciones crónicas, la principal estrategia a realizar son actividades preventivas y de promoción de la salud.
- Nivel G1: Presencia de 1 condición crónica. Personas en bajo riesgo. La principal estrategia es el apoyo para su automanejo.
- Nivel G2: Presencia de multimorbilidad (2-4 condiciones crónicas). Alto riesgo, pero menor complejidad. La principal estrategia es la gestión de su condición de cronicidad.
- Nivel G3: Personas con situación de cronicidad compleja y mayor carga de fragilidad multimorbilidad con 5 o más condiciones crónicas. Es prioritaria la gestión integral de la persona.

Se recomienda una reestructuración de las tareas del establecimiento, ya no por programas de salud, si no que desde la perspectiva del nivel de riesgo individual de las personas. Es necesario considerar a cuantas personas se va a intervenir, para que la magnitud del grupo no exceda las capacidades del equipo de salud (6).

Se debe realizar un contacto inicial con el paciente en el que se le informa sobre una nueva modalidad de atención, un proceso de acompañamiento, que busca potenciar su autonomía y autoeficacia para el logro de los objetivos que se acuerden, en función a sus prioridades y con miras a alcanzar el automanejo de su o sus condiciones crónicas (6). Se coordina la hora de atención y la toma de exámenes de laboratorio, en caso de no estar actualizados.

Previo al ingreso, el personal administrativo, orientado por el nivel de riesgo, asignará las agendas con tiempos diferenciados y los coeficientes técnicos de programación considerados para la implementación de la estrategia (Anexo, Tabla 2 y 3: Población con riesgo) (6).

Esta etapa lo realizará la “Dupla gestora”, para posteriormente presentar a los usuarios a las “Duplas de Ingreso” (médico + profesional no médico), la cual podrá definirse en función de las temáticas principales en cada caso y/o vínculos que la persona ya sostenga con profesionales del centro; por lo que se requerirá contar con reuniones de equipos para poner en común algunos casos, recoger información y orientación de sus miembros.

El foco del ingreso integral debe centrarse en las necesidades, expectativas y características de la persona y su entorno; no es solo atender “la enfermedad” (6), si no poder ofrecer una atención en un espacio de confianza, respeto y dignidad; buscando acogerla y propiciar su protagonismo en el cuidado de su salud.

Etapa II: Implementación del cuidado

Las personas con patologías crónicas tienen necesidades de salud complejas, que, al enfocarse a la enfermedad, conlleva a intervenciones clínicas ineficaces y posiblemente perjudiciales, pues que, al tratar cada condición por separado, las personas pueden recibir indicaciones no coordinadas entre sí y los expone a asistir frecuentemente a distintas citas en diferentes puntos de atención (1).

Es por ello, que se requiere de realizar lineamientos estratégicos para realizar cambios en el proceso de cuidado de las personas (5):

- Realizar una evaluación integral para identificar las necesidades de los usuarios y sus competencias hacia el automanejo. El registro de esta atención se realiza en un protocolo único para personas con patología crónica (3).
- Mejorar el automanejo ECNT buscando poner a las personas y sus familias en el centro de las decisiones, trabajando juntos para obtener un mejor resultado.
- Organizar los procesos de cuidado conforme el nivel de complejidad de las personas, favoreciendo el desarrollo de acciones de salud acordes a sus necesidades y características (6).
- Incorporar a duplas de profesionales expertos para acompañar y favorecer el desarrollo de herramientas de automanejo.
- Ajustar los servicios sanitarios disponibles a través de planes consensuados individualizados, en donde se acuerda con el paciente objetivos con miras a su situación crónica de salud y al logro de su bienestar integral (5).

Plan de Cuidados Consensuado

Uno de los aspectos centrales de ECICEP es la participación de los usuarios en el cuidado de su salud. En esta instancia, que se desarrolla durante el ingreso integral, se acuerda con la persona objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, con miras al automanejo de su situación crónica de salud (aspecto físico,

psico-emocional, sociofamiliar, etc.) traduciéndose en un plan de intervenciones y seguimiento para su cumplimiento (5).

Para la elaboración del “Plan Consensuado (PC)” es importante que el equipo de salud y el paciente sean capaces de realizar una “Toma de Decisiones Compartidas (TDC)” (7).

La TDC nos expone que la evidencia científica no es suficiente para tomar decisiones que afectan la salud de las personas, sino que es necesario considerar los valores y preferencias de las personas como parte del proceso; esto implica conocer las perspectivas, creencias, expectativas y metas para el cuidado de la salud, como también, deben tenerse en cuenta los beneficios, riesgos, costos e inconvenientes en la implementación de las decisiones (7).

Una buena puesta en práctica de la TDC requiere que los profesionales de la salud usen habilidades básicas de comunicación clínica, incluyendo el establecer relaciones empáticas y de confianza y estructurar adecuadamente las consultas. En la práctica, estos principios se traducen en habilidades comunicacionales esenciales que pueden resumirse en el acrónimo PARIS (Anexo, Tabla 4: Habilidad comunicacional) (7).

Por otra parte, también hay condiciones de los usuarios que facilitan o dificultan la TDC, los más conocidos son la edad y el nivel educacional, mayor edad, y/o menor nivel educacional se correlaciona con menor participación en las decisiones en salud (7).

Los contenidos de estos planes y plazos deben responder a las necesidades de cada persona (una persona = un plan consensuado). Las dimensiones que considerar son (7):

- Salud Física: Diagnósticos, factores de riesgo, hábitos de vida y trabajo.
- Salud Mental: Enfermedades, ciclo vital, factores estresantes y crisis.
- Salud Familiar: Estructura y funcionalidad, vulnerabilidad y apoyo.
- Aspectos Sociales: Condiciones socioeconómicas, relación con la comunidad.
- Aspectos Preventivos: Tamizaje, factores de riesgo de accidentes.
- Otros: Aquellas condiciones particulares de las personas que afectan su situación de salud y su disposición a realizar medidas de manejo.

Para el diseño y definición de un PC se recomienda (7):

1. Enunciar los diagnósticos, problemas y factores de riesgo de la persona, así como las alternativas generales de tratamiento.
2. Definir los problemas relevantes de manejar en conjunto con la persona.
3. Destacar los recursos y fortalezas de la persona y su familia para el manejo.
4. Definir los objetivos de tratamiento que la persona y/o su familia consideren relevantes.
5. Proponer alternativas para el logro de los objetivos.
6. Construir plan de intervención y seguimiento.

El plan y compromiso se deja escrito con tiempos explícitos de cumplimiento, así como tiempos de seguimiento de avances.

Etapa III: Continuidad del cuidado

La integración y la continuidad en la prestación y la asistencia son elementos esenciales para garantizar que se reciban los servicios necesarios, maximizando los resultados y mejorando la experiencia de la persona (8). El objetivo es garantizar el continuo asistencial mediante el impulso de una asistencia multidisciplinar, centrada en las personas, coordinada e integrada entre los diferentes servicios, niveles de atención y sectores involucrados (8). De esta manera, se busca lograr una atención adecuada a las necesidades y características de la persona en situación de cronicidad (8).

El control integral estará a cargo del profesional del equipo de salud, quien acompañará los avances del plan consensuado y la evolución de sus condiciones crónicas y otras dimensiones relevantes (6).

Los profesionales que irán realizando los controles, serán de acuerdo con lo indicado por la dupla de ingreso y/o lo consignado en el plan de cuidado propuesto. La cantidad de controles y prestaciones otorgados quedará sujeto a lo que se estipule en el Plan Consensuado.

Gestión del cuidado o gestión de caso

En lo que respecta a la Gestión del Cuidado, corresponde al seguimiento y acompañamiento a las personas en su proceso de cambio, manteniendo un contacto cercano y periódico que permita conocer su experiencia en el desarrollo de acciones para su automonitoreo y cuidado (1); está dirigida principalmente a pacientes

G3, debido a que necesitan un abordaje más individualizado y por un tiempo definido y reevaluado (6), sin embargo, de acuerdo con las complejidades de cada caso, podrían también desarrollarse en pacientes de complejidad G1 o G2.

En esta etapa, el profesional gestor ayudará en la activación coordinada de los diferentes actores del equipo de salud para el cumplimiento de los objetivos y metas del plan consensuado.

Es el TENS quien adquiere un rol clave en desarrollar un vínculo con el usuario y su comunidad, realizando actividades de consejerías telefónicas de apoyo al automanejo, rescates domiciliarios, información y confirmación de horas médicas, recepción del usuario en las diferentes atenciones, etc. (3). Si bien los controles presenciales forman parte importante de la atención, el contacto por vía telefónica será relevante para conocer la situación de la persona y acceder a información que permita discriminar la necesidad de atención pronta al CESFAM.

Es importante considerar las consejerías telefónicas como una herramienta importante para el cumplimiento del plan consensuado, realizar un refuerzo positivo y otorgar contención si lo requiere (3).

Transición del cuidado

Es un proceso que busca apoyar a la persona en su tránsito por la red (hospitalización y/o atención de urgencias), lo que requeriría de la comunicación y coordinación entre los distintos niveles de atención (1). Su foco se centra en el tiempo que transcurre entre el alta de la persona hasta su retorno a la atención primaria. Se requiere de un profesional de enlace (PDE) entre los equipos de APS y de atención secundaria y terciaria, un facilitador de la transición efectiva de las personas, apuntando con ello a mejorar la calidad del cuidado, disminuir el tiempo de recuperación, reducir las tasas de Re hospitalización y el costo en salud (1).

Conclusiones

La multimorbilidad de enfermedades crónicas en Chile produce un impacto negativo en la persona, su familia, entorno y en el sistema de salud, puesto que condiciona un contacto frecuente e intenso para el monitoreo de su patología y ajustes de tratamiento, pero no necesariamente logrando el objetivo deseado.

Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP): La nueva perspectiva de la multimorbilidad

Por tanto, se hace necesario trascender desde la actual organización por enfermedad a una reorganización que fortalezca el sistema de cuidados, sus equipos clínicos y técnicos en su capacidad para el manejo y gestión de personas con condiciones crónicas y multimorbilidad, brindando respuestas pertinentes y abordajes acorde a los niveles de complejidad y riesgo de cada persona.

Existe la importancia de enfocar la atención en la multimorbilidad hacia la persona, la mejora de la calidad de vida y la promoción del autocuidado con objetivos consensuados. Los principales desafíos en este proceso de transformación es la fragmentación inherente del actual sistema de salud, la coexistencia de normativas y orientaciones programáticas que ofrecen esquemas de intervención fragmentados, la falta de indicadores de integralidad y la necesidad de desarrollar registros clínicos electrónicos integrados e interactivos para facilitar la gestión clínica.

Iniciar la implementación de esta nueva estrategia de atención en las personas que viven con enfermedades crónicas está justificado no sólo por su importancia epidemiológica, financiera y de la percepción que tenga la población del desempeño de la atención, sino también, porque existen experiencias que reafirman los potenciales beneficios del cambio en la calidad de vida general y específica en la salud de nuestros pacientes con una mejor eficiencia en los recursos de la salud.

Referencias

1. Vargas I, Barros X, Fernández MJ, Mayol M. Redesign in the approach to individuals with chronic multimorbidity: from fragmentation to person-centered comprehensive care. *Rev Med Clin Las Condes*. 2021;32(4).
2. 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.
3. Tellez Á, Irazoqui E, Zamorano P, Varela T, Barros J, Muñoz P, Rain C, Espinoza M, Campos S. Modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica (MACEP): Redireccionando los servicios de salud según complejidad [Internet]. 2019.
4. Barros J, Zamorano P, Varela T, Irazoqui E, Tellez A. Changes in the care model for individuals with chronic multimorbidity: a narrative review. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas*. 2019;44(4):35-40. doi:10.11565/arsmed.v44i4.1569.
5. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención integral de salud familiar y comunitario [Internet]. 1st ed. División de Atención Primaria, editor. Santiago, Chile; 2013.
6. Ministerio de Salud. Marco Operativo: Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. 2021.
7. Dra. M. Paulina Rojas V, Dra. Andrea Rioseco C, Dra. Victoria Rodríguez L, Ps. Carolina Rain V. “Jornada de trabajo sobre Toma de decisiones compartidas y Planes consensuados en la atención de salud, en el marco de la implementación de la Estrategia de atención integral centrado en personas con énfasis en la multimorbilidad, ECICEP”. Departamento de Medicina Familiar Centro de Innovación en Salud UC. Diciembre 2021.
8. Ministerio de Salud. Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. ENERO 2020

Anexos

Tabla 1: Criterios de priorización

Criterio de Priorización	Puntaje
HbA1c > 11%	1
Presión Arterial > o = 180/110 mmHg en al menos 2 tomas distintas de acuerdo con procedimiento estándar	1
Polifarmacia (> o = 7 medicamentos distintos diarios)	1
Asistencia a urgencias por descompensación de patología crónica en el último mes	1
Hospitalización por descompensación de patología crónica en los últimos 3 meses	2
Amputación por DM hace menos de 6 meses	2
Persona de 75 años y más que presenta 1 o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico funcional de autovalente con riesgo, en riesgo de dependencia o dependiente. - Riesgo alto de caídas, evaluado por test “get up and go”. - No cuenta con redes de apoyo. 	1
Hospitalización por patología aguda en los últimos 3 meses.	1
Úlcera activa en EEII	1
Ideación o intento suicida (registrada hace menos de 6 meses)	-1
Educación mayor a 12 años	-1
Redes de apoyo activas	1

Tabla 2: Población con Riesgo alto o G3

Actividad	Concentración	Rendimiento	Equipo de sector
Ingreso Integral	1	1 (60 min)	Médico y Profesional no médico
Control integral	2	1.3 (45 min)	Médico o Profesional no médico
Seguimiento a distancia	6	4 (15 min)	Profesional /TENS
Gestión administrativa de caso	6	3 (20 min)	Profesional /TENS
Visita domiciliaria	1	1 (60 min)	Profesionales/ TENS

Tabla 3: Población con Riesgo Moderado a Bajo (G2 – G1)

Actividad	Concentración	Rendimiento	Equipo de sector
Ingreso Integral	1	1,3 (45 min)	Médico y Profesional no médico
Control integral	2	1.3 (45 min)	Médico o Profesional no médico
Seguimiento a distancia	6	4 (15 min)	Profesional /TENS
Ingreso Integral	1	1,3 (45 min)	Médico y Profesional no médico
Control integral	2	1.3 (45 min)	Médico o Profesional no médico

Tabla 4: Habilidad Comunicacional

Inicial	Habilidad	Objetivo
P	Preguntas Abiertas	Evocar discurso de cambio, invitar al diálogo
A	Afirmaciones	Apoyar, promover la autoeficacia
R	Reflejos	Facilitar la reflexión
I	Información con permiso	Entrega de información según las necesidades de la persona
S	Síntesis o Resumen	Relevar la ambivalencia, concluir, mover al siguiente paso