

¿Participan los pacientes crónicos en su plan de tratamiento?: resultados de la encuesta nacional de salud, Chile, ENS 2016-2017

Do chronic patients participate in decision-making about their treatment plans? Results of a national health survey, Chile, ENS 2016-2017

Paula Margozzini M.¹, María Castro P.², Claudia Bustamante T.³, Álvaro Passi⁴

Resumen:

Introducción: el apoyo al automanejo, la participación y retroalimentación son centrales en la implementación de una atención centrada en el usuario en el marco del modelo de cuidados crónicos. Esto ha demostrado mejorar diversos resultados sanitarios. **Objetivo:** estimar el grado de participación de los pacientes hipertensos y diabéticos, en las decisiones sobre su plan de tratamiento en población adulta chilena. **Métodos:** análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, muestra aleatoria estratificada de hogares, multietápica por conglomerados, representativa de la población adulta chilena. Se incluyó población mayor de 15 años hipertensa o diabética bajo tratamiento. Se describen las prevalencias expandidas de la variable percepción de participación en la toma de decisiones sobre plan terapéutico en escala Likert de 5 niveles, según edad, sexo, zona urbana/rural y nivel educacional. Se utilizó regresión logística y OR ajustados. **Resultados:** el 72,3% de los diabéticos y el 71,9% de los hipertensos, refieren “nunca” haber sido consultados al preparar su plan de tratamiento. En la población hipertensa, existe una percepción de participación significativamente más baja en mujeres que en hombres (OR ajustado por edad = 0,5 (IC 95% de 0,3-0,8) no se observaron diferencias estadísticamente significativas según edad, ruralidad ni nivel educacional. **Conclusiones:** la población hipertensa y diabética percibe bajos niveles de participación en el diseño de su plan terapéutico y los resultados sugieren inequidad de género en hipertensos. Este estudio permitirá evaluar futuras políticas y modificaciones al modelo de cuidados crónicos en el sistema de salud chileno.

Palabras clave: participación; plan de tratamiento; modelos cuidados crónicos; enfermedades crónicas; muestra nacional.

Abstract:

Introduction: Self-management support, activation, participation, and feedback are core elements in chronic care models. Patients' participation in decision-making has been shown to improve health outcomes. **Objective:** To estimate the degree of participation of hypertensive and diabetic patients in decisions about their treatment plan in the general Chilean adult population. **Methods:** Secondary analysis of the “Encuesta Nacional de Salud (National Health Survey) (ENS) 2016-2017” multistage random stratified sample of households representative of the Chilean adult population. Hypertensive or diabetic populations older than 15 years of age that were under treatment were included. The weighted prevalence of the variable “perception of participation in decision making about their treatment plan” was described on a Likert scale of 5 levels, according to age, sex, urban/rural area, and educational level. We used logistic regression and adjusted OR. **Results** 72.3.5% of diabetic and 71.9% of hypertensive patients say they have “never” been asked their opinion about their treatment plan. In the hypertensive population, women perceived less participation than men (OR adjust by age =0.5 [IC 95% de 0.3-0.8]), with no significant differences observed by age, rurality, or educational level. **Conclusions:** Hypertensive and diabetic populations perceive low levels of participation in the design of their therapeutic plan, results also suggest gender inequity. This study contributes essential insights for the reformulation of Chilean chronic care models and may stand as a baseline to evaluate the implementation of future health policy.

Keywords: participation; treatment plan; chronic care models; chronic diseases; national sample.

Fecha de envío: 2022-01-30 - Fecha de aceptación: 2022-12-27

(1) Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile

(2) Medicina Familiar del Adulto, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile

(3) Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina. Centro Colaborador OPS/OMS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería en Enfermedades no Transmisibles

(4) Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

Autor de correspondencia: mcastro1@uc.cl



Introducción:

Actualmente las enfermedades crónicas (EC) son la principal causa de mortalidad y morbilidad a nivel mundial y también en Chile, generando un elevado costo para los individuos que las padecen y para la sociedad en general (Global Health Metrics 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018; OPS, 2017). Debido a la complejidad de estas enfermedades, a nivel poblacional se hace difícil lograr su control y disminuir la morbilidad asociada (Sapag *et al.*, 2010). La multimorbilidad, es decir, la coexistencia de EC, se presenta como la norma y ha pasado a constituirse como la tarea más importante que enfrentan los servicios de salud en países desarrollados (Macinko *et al.*, 2019).

Frente a esta epidemia, se ha hecho necesario reformular la oferta del sistema de salud. Diversos modelos de atención surgen con el objetivo de mejorar, tanto el control de la enfermedad como la calidad de vida de pacientes que requieren cuidados crónicos. En estos modelos el concepto automanejo es central y se refiere a la habilidad de la persona, junto a su familia, comunidad y equipo de salud, para manejar síntomas, tratamientos, cambios en estilos de vida y las consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de enfermedades no transmisibles (MINSAL, 2016; Wilkinson & Whitehead, 2009). Lograr el automanejo, y aumentar los niveles de autoeficacia, genera mejoras en diversos resultados sanitarios tales como cambio en comportamiento, mejora en la percepción del estado de salud y del dolor y mejora de la discapacidad, disminución de la preocupación por la enfermedad y uso de centros de salud, entre otros. (Lorig & Holman, 2003; Mosen *et al.*, 2007; Reynolds *et al.*, 2018).

A pesar de esto, pocos sistemas de salud evalúan su impacto en salud y bienestar desde la perspectiva y experiencia de las personas atendidas, perdiendo un componente esencial del cuidado (OECD, 2019).

En Chile se estima que aproximadamente 10 millones de adultos de 15 o más años viven con 2 o más EC simultáneas y dos millones cuatrocientos mil de ellos viven con cinco o más de esas enfermedades (Margozzini & Passi, 2018) estratificada, multietápica y por conglomerados representativa del nivel nacional, regional, urbano rural de 6233 personas de 15 y más años. Personal capacitado (encuestadores y enfermeras).

En el año 2011 se incorporó como parte de las Objetivos Sanitarios 2011-2020, una estrategia transversal para organizar la atención de personas con EC, a ejecutar en el nivel primario de atención a través de un Modelo de Atención a Personas con EC (MAC). La estrategia global ha evolucionado promoviéndose en la actualidad la

implementación de la ECICEP: Estrategia de Cuidado Integral Centrado En las Personas. De acuerdo a los referentes a cargo, corresponde a un rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica, que busca transitar desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas (Vargas *et al.*, 2021).

Si bien los reportes actuales de la gestión del cuidado crónico en Chile no consideran el grado de participación de los pacientes en su plan de tratamiento hay herramientas disponibles para ello. Por su parte, en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) progresivamente se ha hecho un esfuerzo por mejorar la vigilancia del modelo de cuidados crónicos, incluyendo desde el año 2010 preguntas relacionadas con la continuidad del cuidado y la participación de los pacientes, Este estudio busca describir el comportamiento epidemiológico de la percepción de participación en la toma de decisiones sobre plan terapéutico en una muestra nacional representativa de adultos bajo tratamiento, con patologías crónicas emblemáticas como son la hipertensión y la diabetes en Chile. Se espera aportar información para futuras políticas públicas, y otorgar una línea de base para los cambios que se están implementando hoy en la atención primaria.

Metodología

Muestra y mediciones

La ENS 2016-2017 es un estudio de prevalencia realizado en hogares con una muestra nacional, probabilística, estratificada y multietápica de 6.233 personas de 15 y más años. La muestra es representativa a nivel nacional, urbano-rural y regional y tiene un error de estimación variable según prevalencias, no superando el 20% relativo para prevalencias nacionales superiores a 3%. Se seleccionó un adulto aleatorio al interior del hogar utilizando un algoritmo computacional (método de *Kish*). La tasa de respuesta entre los elegibles a nivel del hogar fue de 67%, con un 9,8% de rechazo, no hubo reemplazos. El protocolo de estudio y consentimientos informados fueron aprobados por el comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) y el Ministerio de Salud (MINSAL). Un equipo de encuestadores y enfermeras certificadas fue capacitado para aplicar la encuesta utilizando un dispositivo electrónico de captura de datos. En la primera visita al hogar, el entrevistador aplicó los cuestionarios de salud. El 89% tuvo una segunda visita con la enfermera, quien aplicó cuestionarios, recogió inventario de medicamentos en uso, midió la presión arterial, la antropometría y recolectó las muestras biológicas (ej. sangre y orina en ayunas).

Por primera vez ENS 2016-2017 incluye un módulo ampliado sobre cuidados crónicos para población diabética e hipertensa e incluye entre otras, una pregunta extraída del instrumento *Patients*

Assesment of Chronic Illness Care- PACIC, (Glasgow *et al.*, 2005). Este fue desarrollado por el MacColl Center como un cuestionario breve autorreportado por los pacientes que evalúa su percepción sobre la implementación del MAC. Esta encuesta en el estudio de Lagos *et al.* sobre la adaptación y validación de la versión chilena, demostró potencial utilidad para evaluar la atención recibida por el usuario con enfermedad crónica en Chile (Lagos G. *et al.*, 2017). En la ENS se incluyó el ítem: "Piense acerca de la atención que Ud. recibió por [...] durante los últimos 6 meses [...] ¿Le preguntaron su idea u opinión cuando fue preparado su plan de tratamiento?". Estas variables fueron analizadas en la escala Likert original y también dicotomizada como "La mayoría de las veces o Siempre" vs "Nunca, Muy pocas veces o Algunas veces".

Se consideraron pacientes hipertensos aquellos que se encontraban utilizando algún tratamiento antihipertensivo (según códigos ATC-WHO del inventario de medicamentos en uso) o presentaron presión arterial sistólica sobre 140 mmHg o diastólica sobre 90 mmHg, al promediar tres mediciones. En el caso de DM, se consideraron aquellos que reportaron diagnóstico médico de la enfermedad o presentaron glicemia en ayuno ≥ 126 mg%.

Nivel educacional fue categorizado según los años formales de educación en los siguientes niveles: bajo: <8, medio: 8-12 y alto: >12 años. Se categorizó según residencia en zona rural o urbana siguiendo criterio censal.

Los adultos de 65 o más años fueron evaluados con el test *Mini mental* y *Pfeffer*, con el objetivo de identificar deterioro cognitivo. Se consideró "deterioro cognitivo confirmado" a los casos con puntaje *Mini mental* <13 y *Pfeffer* >5. A estos participantes se les solicitó en lo posible, la presencia de algún acompañante para continuar con la entrevista.

Análisis estadístico

Se incluyeron en los análisis sólo aquellos hipertensos o diabéticos que reportaron estar en tratamiento. Las tasas de prevalencia y medias se calcularon utilizando los factores de expansión conforme al diseño complejo y ajustando la muestra a la demografía chilena a enero 2017. El error estándar y los intervalos de 95% de confianza se calcularon utilizando linealización de *Taylor*. Se calcularon *Odds Ratio* (OR) ajustados por edad y sexo utilizando regresión logística. Las tablas muestran prevalencias expandidas, sin embargo, los márgenes muestran el tamaño muestral del estrato analizado o el número de respuestas según corresponda. Como estudio de sensibilidad, se replicaron los análisis excluyendo a los participantes hipertensos o diabéticos con deterioro cognitivo confirmado.

Resultados:

En el Diagrama de Flujo se muestran los participantes de la muestra estudiada. La ENS 2016-2017 incluyó 6 233 personas a lo largo del país. Se pesquisaron 2.083 hipertensos y 865 diabéticos, de los cuales 1.235 y 601 reportaron estar en tratamiento durante la primera visita al hogar y posteriormente respondieron las preguntas de la enfermera en la segunda visita (fármacos y participación en su plan terapéutico).

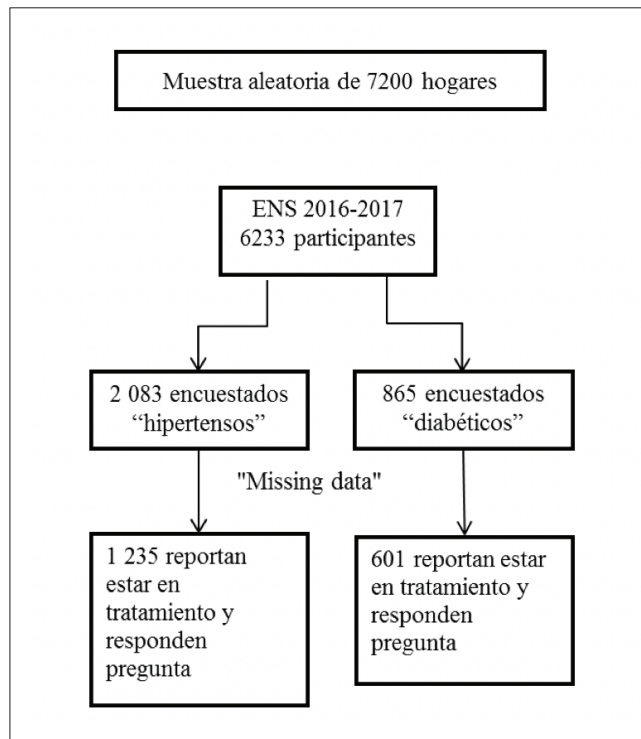


Figura 1: Diagrama de flujo pacientes bajo análisis

La media expandida de edad de hipertensos y diabéticos encuestados fue de 60,3 y 56,8 años respectivamente.

En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas de la muestra de población hipertensa y diabética estudiada (n muestrales y % expandidos). El 57,6% de los hipertensos bajo tratamiento y que respondieron la pregunta de interés fueron mujeres, el 54,8% con edad entre 45 y 64 años. El nivel educacional fue medio para el 50,5% y se describe ruralidad de 12,6%. Un 82,3% de la población hipertensa en tratamiento está afiliada al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y un 10,3% de los adultos mayores ≥ 65 años evaluado mostró deterioro cognitivo. De la población diabética bajo tratamiento el 59,4% fueron mujeres, el 44,9% con edad entre 45 y 64 años. El nivel educacional fue medio para el 49,5% y ruralidad del 10,9%. Un 81,2% con afiliación a FONASA y un 1,3% presentó deterioro cognitivo.

Tabla 1: Características Socio-demográficas de pacientes hipertensos y diabéticos en tratamiento médico. Chile, ENS 2016-2017.

Características		Hipertensos		Diabéticos	
		n ^a	% ^b	n ^a	% ^b
Sexo	Hombre	399	42,4%	182	40,6%
	Mujer	836	57,6%	419	59,4%
Edad	15-44	50	6,6%	57	17,2%
	45-64	512	54,8%	234	44,9%
	65 a más	673	38,6%	310	37,9%
Nivel Educativo	Bajo	544	33,4%	261	32,4%
	Medio	544	50,5%	259	49,5%
	Alto	135	16,1%	72	18,1%
Zona	Urbana	997	87,4%	491	89,1%
	Rural	238	12,6%	110	10,9%
Afilación	Fonasa	1097	82,3%	533	81,2%
	Isapre	83	10,9%	43	14,5%
	Fuerzas Armadas	31	3,2%	14	1,8%
	No sabe/ no tiene	24	3,60%	11	2,50%

^a n extraído de la muestra.

^b porcentaje extraído de la muestra expandida.

En la tabla 2, se observa la distribución de respuestas a la pregunta de participación en diabéticos e hipertensos. El 10,28 % de la población con hipertensión percibieron participar en su plan de manejo "siempre" o "la mayoría de las veces". En diabéticos esta

cifra fue el 11,24%. Por otro lado, el 71,9% de los hipertensos en tratamiento refieren que nunca fueron consultados sobre su opinión, similar a la percepción de los pacientes diabéticos, en donde el 72,3% respondieron "nunca".

Tabla 2: ¿Le preguntaron su idea u opinión cuando fue preparado su plan de tratamiento? Hipertensión y diabetes. Chile, ENS 2016-2017

Respuesta	Hipertensos		Diabéticos	
	n ^a	% ^b	n ^a	% ^b
Nunca	835	71,9%	419	72,3%
Muy pocas veces	121	10,6%	59	8,7%
Algunas veces	108	7,2%	60	7,7%
La mayoría de las veces	84	4,6%	29	3,9%
Siempre	87	5,7%	34	7,4%

^a número de respuestas

^b prevalencia de respuestas ponderada según diseño muestral complejo

En la tabla 3 se observa distribución de la respuesta “siempre” o “casi siempre” por sexo, edad, nivel educacional y zona. Esta cifra, fue significativamente menor en mujeres con hipertensión con un OR 0,5 (IC 95% de 0,3-0,8, valor $p=0.003$) respecto a los hombres, ajustado por edad. En cuanto a la afiliación de los participantes, la

participación de pacientes en fuerzas armadas respecto a FONASA fue significativamente menor con un OR 0 (IC 95% de 0-0,3%). En la tabla 3, modelo ajustado por edad y sexo, no se encontraron diferencias significativas al comparar grupos de edad, zona rural/urbana o nivel educacional.

Tabla 3: Le preguntaron siempre/casi siempre su opinión en plan de tratamiento. Hipertensión y diabetes, ajustado por sexo y edad. Chile, ENS 2016-2017.

Característica		Hipertensos			Diabéticos		
		n ^a	% ^b	OR (IC 95%) ^c	n ^a	% ^b	OR (IC 95%) ^c
Sexo	Hombre	399	14,4%	1,0	182	10,8%	1
	Mujer	836	7,3%	0.5 (0.3-0.8)	419	11,6%	0,6 (0.2-1.5)
Edad	15-24	1	0,0%	1,0	6	31,2%	1
	25-44	59	16,4%	1.3 (0.4-4.5)	55	21,1%	0.6 (0-7.4)
	45-64	536	8,8%	0.8 (0.4-1.3)	255	7,6%	0.2 (0-2.1)
	65 o más	639	11,4%	1,0	285	10,7%	0.3 (0-3.2)
Nivel Educacional ^d	Bajo	544	8,1%	1,0	261	12,6%	1
	Medio	544	10,8%	1.3 (0.7-2.5)	259	6,9%	0.9 (0.3-2.4)
	Alto	135	9,2%	0,9 (0,4-2,3)	72	19,9%	0.5(0.1-2.8)
Zona	Urbana	997	10,6%	1,0	491	11,4%	1
	Rural	238	8,0%	0.7 (0.4-1.4)	110	9,8%	0.9 (0.3-2.8)

^a Tamaño crudo del estrato de la muestra.

^b Porcentajes frecuencia ponderada según diseño muestral complejo.

^c OR ajustados por sexo y edad, valor de OR para edad corresponde a cada año de aumento.

^d Missing Nivel Educacional 12 y 9 respectivamente.

Todos los adultos diabéticos o con hipertensión de 65 o más años con deterioro cognitivo ($n=21$ y $n=47$, respectivamente) tenían acompañantes. Se reanalizó los resultados excluyendo a los adultos mayores con deterioro cognitivo y los resultados no cambiaron significativamente.

La respuesta sobre participación en el tratamiento entre los pacientes diabéticos de 65 o más años fue menor en los casos con deterioro cognitivo (1,2% “siempre” o “casi siempre”) que en los casos sin deterioro cognitivo (9,7% “siempre” o “casi siempre”) (valor $p=0.049$, ajustado por edad y sexo).

Discusión:

Se observa una baja participación de pacientes diabéticos e hipertensos chilenos en las decisiones sobre su propio plan terapéutico en Chile evaluada a través del reporte indicado. La participación de los pacientes es un tema de estudio incipiente en la realidad nacional. Destaca el estudio realizado por Bravo *et al.* donde utilizaron el instrumento *CollaboRATE-Chile* en usuarios mayores de 18 años que asistieron a control a Centros de Salud Familiar (CESFAM) para evaluar su participación (Bravo *et al.*, 2018) Chile, y

análisis temático de la información utilizando el programa Atlas.ti versión 6^o. Resultados. Se realizaron cinco grupos focales ($n=41$). Reportaron un 84,3% de “alta participación”. La diferencia con el presente estudio puede deberse, entre otras cosas, al instrumento utilizado y el momento de su aplicación. En la muestra de Bravo *et al.* el instrumento fue aplicado a continuación de haber recibido atención en salud a diferencia de la aplicación realizada en la ENS que es en domicilio y en independencia de la atención de salud. Además, no se especifica si la decisión fue entorno al tratamiento, toma de exámenes o cambios de estilo de vida.

A nivel mundial, es escasa la información disponible sobre la integración de modelos de cuidado crónico y la participación de los pacientes. El estudio de Cheung *et al.* se basa en la Encuesta de Políticas Sanitarias Internacionales del *Commonwealth Fund*, 2017 para adultos mayores (Cheung *et al.*, 2018). La encuesta telefónica estudió una muestra aleatoria de la población mayor de 65 años bajo tratamiento en 11 países, y evaluó la respuesta específica sobre la participación en decisiones respecto a su tratamiento (similar al estudio chileno) reportando respuesta “siempre” de

un 61%. Estas cifras son muy superiores a las reportadas por los adultos mayores en Chile, sin embargo, a diferencia de la ENS, las tasas de respuesta fueron inferiores al 30% lo que no descarta que un subgrupo sesgado de adultos más “participadores” fueron los que contestaron la encuesta telefónica.

Basándose en el estudio de Garratt *et al.* (2008) (OCDE, 2016), que analizó encuestas realizadas entre los años 1997-2007 por países pertenecientes y no pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la organización reporta datos sobre la participación de los pacientes en su plan de tratamiento actualizados el año 2017 (OCDE, n.d.). Ocho países reportaron datos sobre si los médicos involucraban al paciente en su tratamiento. En promedio 86,6% respondieron “SI”. Se distingue la pregunta haciendo referencia a la atención por su médico regular, la cual fue contestada por 15 países. Un 86,7% respondió “siempre” o “frecuentemente”. Las cifras están muy por sobre las reportadas en Chile. El país con menor participación entre los reportados es Polonia, con 47,9% el año 2013, lo cual se encuentra aún muy por encima de la participación reportada en nuestro país, cercanas al 10%.

Por otro lado, en el año 2019 Lim *et al.*, analiza la base de datos de un estudio más grande realizado en Malasia en el cual reclutaron 40 clínicas y se realizaron intervenciones en la mitad de ellas, con el objetivo de involucrar más a los pacientes. Para el estudio utilizaron datos obtenidos un año posterior a la intervención, y analizaron la participación global de los pacientes utilizando el instrumento PACIC. Los criterios de inclusión fueron edad mayor de 30 años, diagnóstico de DM y/o hipertensión. La muestra consistió en 956 pacientes con media de edad 57,9 años, con un predominio de mujeres (70%). El puntaje general PACIC fue 2,3 de un total de 5. En relación con la pregunta sobre la participación de los pacientes al realizar el plan de tratamiento el promedio fue 2,1, y el 55% de las respuestas fueron “nunca”. El estudio de Malasia presenta muy baja participación de los usuarios, aunque mayor a la chilena, lo que podría explicarse por el predominio de mujeres en su muestra y la evaluación realizada posterior a una intervención que buscaba mejorar estos aspectos.

Finalmente, Silva *et al.*, realiza un estudio trasversal parte de la segunda fase del estudio poblacional “Envejecimiento y enfermedad renal” (en-DoRen). Se evaluó una población en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, con una muestra poblacional de 143 adultos mayores de 60 años, con diagnóstico de DM y/o hipertensión, en seguimiento por equipo de Salud Familiar activo en la atención primaria (Silva *et al.*, 2018). El puntaje PACIC general promedio fue de 1,55, el cual indica escasa congruencia con los MCC. Específicamente sobre participación en el plan de tratamiento, la mayoría contestó “casi nunca” (no se especifica porcentaje). El n muestral es menor y no se describen datos que facilitarían la comparación con los resultados obtenidos en Chile.

La comparación entre estudios debe realizarse con cuidado, dado que los diferentes estudios pueden no ser directamente comparables, sin embargo, la magnitud de las diferencias en las cifras de participación entre Chile y países desarrollados son muy llamativas. Diversas hipótesis podrían explicar el bajo nivel de participación en Chile, como, por ejemplo: el estilo de ejercicio de la medicina de forma paternalista en contexto de un retraso de nuestro país en implementación de medidas de cuidado recomendadas internacionalmente (Bravo *et al.*, 2017) o el escaso tiempo de duración de consulta médica en Chile (Outomuro & Actis, 2013) but also it has to meet the needs of patients, health professionals and non-medical staff. There are large differences in the opinion about the optimal duration to meet these objectives, across countries. In this paper we propose to perform a review of the literature to estimate the appropriate length of a medical consultation in primary care, based on international standards. We conclude that managers of health systems should rethink the way they organize the agenda for medical appointments. Medical and bioethical reasons suggest assigning a lapse close to 20 minutes for consultations in medical clinics. (Rev Med Chile 2013; 141: 361-366.

Se observa una percepción de participación significativamente más baja en mujeres que en hombres, en pacientes hipertensos; lo cual es independiente de la edad, ruralidad y nivel educacional. No se encontraron reportes de esta realidad o problemas de validez o confiabilidad de la pregunta respecto a poblaciones de diferente género en la literatura. Esto sugiere que podría existir una inequidad de género en el trato del médico que atiende a estos pacientes en el sistema de salud chileno. Llama la atención que, a pesar de lo anterior, las mujeres logran mejor control de sus patologías crónicas, ya sea diabetes o hipertensión (Margozzini *et al.*, 2013; MINSAL, 2010) lo que permite sospechar la existencia de otras variables que determinan un mejor control en mujeres que en hombres como por ejemplo adherencia a controles, retiro regular de fármacos, adherencia a la intensificación de dosis, nivel de literacidad en salud u otras que requieren ser estudiadas.

Sobre la menor participación en pacientes afiliados a fuerzas armadas respecto a aquellos afiliados a FONASA, es de esperar que esta subpoblación, caracterizada por su cultura jerárquica, sea menos participativa. Si bien el número de participantes afiliados a fuerzas armadas es muy pequeño para establecer conclusiones, el instrumento se comportó de manera concordante a lo esperado.

Conclusión

El sistema de salud chileno es reconocido mundialmente por las altas tasas de cobertura efectiva de tratamiento de la hipertensión y diabetes alcanzadas en las últimas décadas (Zhou *et al.*, 2021), sin embargo, para seguir avanzando, se requiere continuar perfeccio

nando el MAC y en este sentido la implementación de la ECICEP puede ser un aporte para incrementar la efectividad de la atención. Los elementos de activación del paciente, apoyo al automanejo, participación y retroalimentación son esenciales en todos los modelos de atención centrado en el paciente. El sistema de salud chileno actualmente presenta un espacio para mejorar en la integración de recomendaciones de cuidado de los pacientes crónicos basadas en evidencia, por otro lado, preocupa un hallazgo adicional de inequidad que desfavorece la participación de las pacientes hipertensas mujeres y de los pacientes diabéticos no institucionalizados que presentan algún grado de deterioro cognitivo.

Este estudio aporta evidencia relevante para el diseño de MAC en Chile desde una perspectiva innovadora que aporta a la noción de la centralidad de la persona en la organización de la atención de salud. Por otra parte, la incorporación de este tipo de mediciones en la ENS chilena permite establecer una línea de base con representatividad nacional, que permitirá vigilar cambios en el modelo de atención que son percibidos por los usuarios y no sólo parámetros de control objetivos.

Fuentes de financiamiento

Esta investigación empleó información de la ENS para vigilancia epidemiológica de la Subsecretaría de Salud Pública. ENS 2016-2017 fue financiado por el MINSAL de Chile. La autora agradece al MINSAL de Chile, haberle permitido disponer de la base de datos. Todos los resultados obtenidos del estudio o investigación son de responsabilidad del autor y en nada comprometen a dicha institución. Los autores no recibieron ningún financiamiento específico para este trabajo. El presente subanálisis fue financiado por el Departamento de Salud pública de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Contribuciones y reconocimientos:

P. Margozzini concibió la idea y revisó borradores M. Castro elaboró el primer borrador. C. Bustamante realizó aportes bibliográficos y revisó el borrador. A. Passi realizó el análisis formal de datos.

Referencias

Bravo P, Dois A, Cabieses B, Bustamante C, Campos S. & Stacey D. (2017). Patient-centred care and shared decision making in Chile: Rising momentum for progress and implementation in clinical practice. *The Journal of Evidence and Quality in Health Care* **123**–124, 28–31.

Bravo P, Dois A, Contreras A, Soto G. & Mora I. (2018). Participación de los usuarios en las decisiones clínicas en la atención primaria de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública* **42**, 1–6.

Cheung G, Sidhom P. & Gapanenko K. (2018). How Canada Compares: Engagement of Seniors in Chronic Condition Management in 11 Countries. *Healthcare Quarterly* **21**, 10–13.

Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J., Mahoney LD, Reid RJ. & Greene SM. (2005). Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Medical Care* **43**, 436–444.

Global Health Metrics 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* **392**, 1789–1858.

Lagos G, ME, Salazar MA. & Salas FP. (2017). Adaptación y validación de la versión chilena del cuestionario "Evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes." *Revista Médica de Chile* **145**, 869–878.

Lim MT, Lim Y MF, Teh XR, Lee YL, Ismail SA. & Sivasampu S. (2019). Patient experience on self-management support among primary care patients with diabetes and hypertension. *International Journal for Quality in Health Care* **31**, 1–7.

Lorig KR. & Hlman HR. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. In *Annals of Behavioral Medicine* **26**, 1.

Macinko J, Andrade FCD, Nunes BP. & Guanais FC. (2019). Primary care and multimorbidity in six Latin American and Caribbean countries. *Revista Panamericana de Salud Pública* **43**, 1–9.

Margozzini P, Dominguez A. & Passi Á. (2013). "Evaluación de las características y cambios en el tratamiento de la diabetes en la población general chilena. ENS2003 y ENS2009-10."

Margozzini P. & 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**, 30–34.

Outomuro D. & Actis AM. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Revista Médica de Chile* **141**, 361–366.

Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D., Bobba S. & Zwar N. (2018). A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. In *BioMedical Central Family Practice* **19**, 1–13.

Sapag JC, Lange I, Campos S. & Piette JD. (2010). Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública* **27**, 1–9.

Silva LB, Soares SM, Silva PAB, Santos JFG, Miranda LCV. & Santos RM. (2018). Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the Chronic Care Model. *Revista Latino-Am. de Enfermagem* **26**, 1–12.

Vargas I, Barros X, Fernández MJ. & Mayol M. (2021). Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas. *Revista Médica Clínica Las Condes* **32**, 400–413.

Wilkinson A. & Whitehead L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, **46**, 1143–1147.

Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, Gregg EW, Bennett JE, Solomon B, Singleton RK, Sophiea MK, Lurilli ML, Lhoste VP, Cowan MJ, Savin S, Woodward M, Balanova Y, Cifkova R, Damasceno A. et al. (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet* **398**, 957.