

## Fortalecimiento del recurso humano para la atención de personas con enfermedades crónicas

### Strengthening Human Resources for Providing Care to People with Chronic Diseases

María Elena Lagos Garrido<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7279-1193>

Carla Rimassa<sup>2\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3001-8167>

Sara Guerrero Núñez<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5004-3760>

<sup>1</sup>Universidad de Concepción, Facultad Enfermería, Departamento de Enfermería y Salud Pública. Chile.

<sup>2</sup>Universidad de Valparaíso, Centro Interdisciplinario de Investigación en Salud Territorial. Chile.

<sup>3</sup>Universidad de Atacama, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería. Chile.

\* Autor para la correspondencia: [carla.rimassa@uv.cl](mailto:carla.rimassa@uv.cl)

#### RESUMEN

**Introducción:** Las enfermedades crónicas implican un reto sanitario e intersectorial. Por ello, los prestadores requieren adquirir competencias específicas según estándares nacionales e internacionales para implantar una atención primaria de salud que provea acceso y cobertura universal.

**Objetivo:** Reflexionar sobre elementos relevantes vinculados a las competencias de los proveedores de salud para la atención de personas con condiciones crónicas, en el contexto de la atención primaria de salud.

**Métodos:** Se discuten estrategias, la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos y la adquisición de competencias, analizando aspectos de la formación profesional, el aseguramiento de la educación continua y la disposición de los proveedores para estar a la vanguardia de los cuidados.

**Conclusiones:** Para proveer una atención integral a personas con enfermedades crónicas es necesario el fortalecimiento del capital humano y la instalación de relaciones coproductivas entre el equipo multidisciplinario. Además, es fundamental que los equipos conozcan e incorporen estrategias con demostración de eficacia a nivel internacional, entre ellos se encuentra el Modelo de Cuidados Crónicos, cuya implementación ha sido lenta y con desarrollo parcial.

**Palabras clave:** atención primaria de salud; enfermedades crónicas; modelo de cuidados crónico; proveedores de atención de salud; educación basada en competencias; educación continua.

## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic diseases represent a health and intersectoral challenge. Therefore, providers need to acquire specific competences according to national and international standards, in order to implement primary healthcare providing universal access and coverage.

**Objective:** To reflect on the relevant elements related to the competences of healthcare providers for the care of people with chronic conditions in the context of primary healthcare.

**Methods:** Strategies are discussed, together with the implementation of the chronic care model and the acquisition of competences, analyzing aspects of professional training, the assurance of continuing education and the willingness of providers to be at the forefront of care.

**Conclusions:** In order to provide comprehensive care to people with chronic diseases, it is necessary to strengthen human capital and create coproductive relationships among the multidisciplinary team. In addition, it is essential that the teams be aware of and incorporate strategies that have been shown to be effective at the international level, including the chronic care model, whose implementation has been slow and only partially developed.

**Keywords:** primary healthcare; chronic diseases; chronic care model; healthcare providers; competence-based education; continuous education.

Recibido: 02/03/2021

Aceptado: 08/11/2021

## Introducción

La Atención Primaria de Salud (APS) es un componente central en los sistemas de salud que buscan alcanzar la eficacia, pues aborda los determinantes sociales y la reducción de desigualdades, así, provee una atención de salud curativa, preventiva, de promoción y rehabilitación de manera más accesible.<sup>(1)</sup> Al considerar que “la salud es un requisito para que las personas puedan alcanzar su realización personal, un elemento fundamental en las sociedades democráticas y un derecho humano”, resulta esencial la importancia de la APS y el rol que ejerce en el sistema de salud y de esta forma “convertirla en la base de los sistemas de salud de la Región”.<sup>(2)</sup> En este sentido, la APS se asume como una estrategia para fortalecer la promoción de la salud, las prestaciones basadas en una atención integral e integrada, inclusión de las familias y de la comunidad, asumir el enfoque de ciclo de vida, de género, con respeto a la cultura y aseguramiento de la continuidad de la atención.<sup>(2)</sup> En otras palabras, en la APS coexisten diferentes modelos y enfoques de atención, entre los que se encuentran el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, el Enfoque Intercultural, el Enfoque de Género, el Modelo de Cuidados Crónicos, entre otros.<sup>(3,4,5)</sup>

Junto con lo anterior, se deben atender los desafíos epidemiológicos, corregir debilidades, desarrollar nuevos conocimientos, mejorar la efectividad de los instrumentos y atender las enfermedades crónicas (EC), las cuales se han transformado en un reto a nivel mundial en los sistemas de salud.<sup>(5,6,7)</sup> Asimismo, se debe considerar que existe un equipo interprofesional y una serie de orígenes disciplinares que influyen en el rendimiento y contribuyen en el proceso de atención colaborativo. Cabe señalar que los países que reorientan su sistema de salud hacia la APS están mejor situados para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible<sup>(2)</sup>

Aunque la estrategia de APS ha demostrado ser beneficiosa, se evidencian desafíos y elementos a mejorar en las prestaciones en general<sup>(8,9)</sup> y en particular de las condiciones crónicas.<sup>(10,11)</sup> Por lo expuesto, se deben considerar algunos factores asociados a las competencias requeridas en este nivel de atención, como la calidad de la formación en los planteles educacionales.<sup>(12,13,14)</sup> Sumado a lo anterior, es relevante considerar los resguardos de la Autoridad Sanitaria para dar cumplimiento a sus normativas, guías, manuales, directrices y disposiciones y, particularmente, el interés y esfuerzo personal de los proveedores de salud por adquirir la necesaria capacitación continua.<sup>(14)</sup> Así, el objetivo del presente trabajo fue reflexionar acerca de elementos relevantes vinculados a las

competencias de los proveedores de salud para la atención de personas con condiciones crónicas, en el contexto de la APS.

## Métodos

Se discuten estrategias, la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos y la adquisición de competencias, analizando aspectos de la formación profesional, el aseguramiento de la educación continua y la disposición de los proveedores para estar a la vanguardia de los cuidados.

## Desarrollo

### Estrategias para abordar la gestión de las enfermedades crónicas

Inicialmente y para comprender las condiciones crónicas, es importante mencionar que estas corresponden a afecciones de larga duración y, por lo general, de progresión lenta, cuya atención de salud se realiza mayoritariamente en la APS.<sup>(3,15)</sup> Este nivel de atención es un sistema complejo al involucrar componentes estructurales, de procesos, y una cultura organizacional, que sumados permiten obtener resultados funcionales, idealmente, para toda la organización y así optimizar la capacidad sistémica que posibilite apoyar de mejor forma la habilidad individual e interpersonal de los miembros de la organización sanitaria para alcanzar un propósito común.<sup>(16)</sup> En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que se deben implementar “acciones para mejorar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades [...] que mejoren la capacidad de recursos humanos en el primer nivel de atención”.<sup>(17)</sup>

Ahora bien, las enfermedades o condiciones crónicas resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales, e inciden en forma severa en el presupuesto familiar, porque lo someten a gastos que pueden ser difíciles de solventar.<sup>(18,19)</sup> y se consideran un “factor de gran relieve en el panorama de salud del mundo entero”.<sup>(11)</sup>

Por lo tanto, para paliar esta abrumadora epidemia, se requieren “iniciativas multisectoriales orientadas a combatir los determinantes sociales subyacentes e interrelacionados, y el sector de la salud deberá ser el encargado de encabezarlas”.<sup>(11)</sup> En este contexto la World Health

Organization propone usar el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC), enfoque organizativo, que promueve la activación del paciente, enfatiza la conformación de un equipo de salud proactivo y preparado, y cuya implementación ha demostrado estar asociada a mejoras en la calidad de la atención.<sup>(20,21,22,23)</sup> El uso del modelo implica cambio de paradigma, transitando desde una atención tradicional y jerarquizada, caracterizada por un profesional que prescribe y entrega indicaciones acatadas por los pacientes hacia una atención basada en consensos, que respeta valores, creencias y preferencias de las personas, creando planes colaborativos de atención, que conllevan a cambios en la cultura, en los procesos y en la infraestructura de la atención. En consecuencia, las enfermedades crónicas emplazan al sector salud a una gestión de la atención con permanente actualización, y a considerar una preparación para todos los actores involucrados antes de su implementación y uso.<sup>(10)</sup>

### **Acciones desarrolladas para implementar el MCC**

Las enfermedades no transmisibles, “en particular las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, son las principales causas de muerte y ocasionan, aproximadamente, 80 % de las defunciones en la Región de las Américas”.<sup>(24)</sup> En Chile, estas enfermedades representan la principal causa de muerte, con el 85 % de las defunciones.<sup>6</sup> Esta preocupante cifra es abordada por la Autoridad Sanitaria, quien a través de una normativa estableció el uso del MCC en la APS, esperando que los proveedores apliquen los principios del modelo en dicho cuidado.<sup>(15)</sup> Para resguardar su cumplimiento, una de las indicaciones es la realización de actividades de educación continua y sistemática, a través de cursos presenciales o e-learning, reuniones clínicas y disseminación de guías de práctica clínica “que serán permanentes, gratuitos y con evaluaciones obligatorias no punitivas ni competitivas”.<sup>(15)</sup>

Sin embargo, autores dejan en evidencia que no se ha implementado totalmente el MCC, reportando que sus componentes y principios se encuentran en diferente grado de avance.<sup>(25)</sup> Así, aunque el componente organización del sistema de salud se encuentra desarrollado, es necesario continuar con los esfuerzos para que las directrices puedan ser transferidas a la práctica del cuidado. También se requieren incrementar las estrategias para que el componente vínculos con la comunidad continúe fortaleciéndose, amparado en el modelo de salud familiar. Aunque los componentes señalados no se encuentran en igual nivel de desarrollo, son pilares fundamentales del modelo y, como tales, deben continuar

potenciándose para favorecer el avance de los otros componentes, los cuales requieren mayor esfuerzo para su implementación.<sup>(25)</sup>

De igual forma, se considera relevante reforzar el apoyo a la toma de decisiones de los proveedores de atención, ya que este factor humano se sostiene en altas competencias, las cuales juegan un rol significativo para el rediseño de la atención y el apoyo al automanejo de los usuarios.<sup>(14,26)</sup> Por ello, en la medida que la atención incorpore y potencie todos los componentes del MCC, se obtendrán mejores resultados.<sup>(27)</sup> En consecuencia, no basta que exista un conjunto de directrices si estas no son transferidas, gestionadas y supervigiladas para que los equipos de salud implementen los lineamientos de forma eficiente a la práctica de la atención sanitaria.<sup>(28,29)</sup>

### **Competencias para abordar las condiciones crónicas**

Existen importantes desafíos relacionados con el capital humano, pues “el número de trabajadores de la salud con la adecuada calificación son insuficientes para proveer cobertura universal”.<sup>(1)</sup> Además, se reportan barreras relacionadas con falta de tiempo, resistencia al cambio y falta de estandarización de los procesos, agravado por el bajo dominio en las competencias sobre los modelos implementados en la APS,<sup>(29,30)</sup> por ello, la adquisición de competencias debería lograrse en la formación de pregrado y profundizarse en la educación continua.<sup>(30)</sup>

En este sentido, autores mencionan que los profesionales de APS deben manejar 71 competencias, 25 clasificadas como conocimientos cuando son adquiridas; 33 habilidades cuando se desarrollan; y 13 actitudes cuando son fomentadas.<sup>(31)</sup> De esta forma y al ser este un tema trascendental, resulta recomendable y se espera que se potencie la formación de pregrado, enfatizando de forma transversal sobre el cambio de paradigma, que en la actualidad releva el enfoque de atención centrado en la persona, consensuado, multidisciplinario e intersectorial.<sup>(31)</sup> Asimismo, se debe promover la educación continua para los proveedores de salud, respondiendo a los desafíos del siglo XXI, marcados por la globalización, las enfermedades crónicas y las demandas súbitas de inmediata solución en la atención de salud, las cuales se han visto evidenciadas con más énfasis en la reciente pandemia COVID-19.<sup>(32)</sup>

Lo previamente dicho es concordante con las tres medidas para mejorar las competencias del recurso humano en salud, según lo planteado por *Hernández y otros*<sup>(14)</sup>. La primera enfatiza en la modificación de los programas de estudios, unificando criterios entre las

autoridades que lideran dichos planteles, los cuales cada día aumentan y buscan sellos propios que los distinguan.

La segunda consiste en el apoyo a los prestadores, tarea realizada por la autoridad sanitaria. Para ello, deben fortalecerse las instancias de convenios colaborativos entre universidades y la autoridad sanitaria, generando programas de formación continua, con alcance para todos los proveedores de salud, y posibilitando el acceso y oportunidad de manera transversal. La tercera se refiere a certificar y recertificar a los actuales prestadores, lo que implica esfuerzos similares a los del punto anterior. Esto último se encuentra en desarrollo, aunque no se ha logrado en pleno.<sup>(25)</sup> Ahora bien, junto con lo anterior, no se puede desconocer que la motivación propia juega un rol significativo en la adquisición de competencias.<sup>(16,33)</sup>

En consecuencia, se podrían cumplir las tres medidas señaladas, pero pueden existir factores relacionados con las motivaciones intrínsecas y extrínsecas que lleven a las personas a tener escasa disposición para fortalecer la formación y preparación pertinente, por lo cual, resulta trascendental mantener activa la capacidad de compromiso individual.<sup>(16)</sup> Para ello, es necesario que los nuevos modelos pedagógicos contribuyan al ejercicio profesional de forma comprometida con las necesidades sociales, lo cual es factible de alcanzar con la incorporación de la responsabilidad social y la educación interprofesional.<sup>(12)</sup>

## Conclusiones

La reflexión realizada en el presente trabajo abordó algunos elementos fundamentales que repercuten en la adquisición de las competencias de los proveedores de salud para la atención de personas con condiciones crónicas en la APS.

La adecuada formación técnica y el adecuado manejo de los modelos de atención en dicho nivel se vuelven una tarea y un desafío que requiere acciones constantes, pues ese sector es clave para responder a problemas relacionados con la accesibilidad, enfrentando las crecientes demandas de la población con condiciones crónicas. Además, su rol es preponderante en la prestación de una variada gama de servicios de salud preventiva, curativa y de promoción, que contribuyen a mermar las inequidades en el acceso a la atención.

Se observa así que las competencias de los equipos de salud en la APS deben ser las necesarias a las demandadas en los modelos insertos en ella como la Atención de Salud

Familiar y el MCC, los cuales se potencian en el carácter específico de la atención a usuarios con condiciones crónicas.

De esta forma, lograr mayor éxito en la implementación del MCC requiere que dichas competencias sean resguardadas por una suma de actores, entre los cuales se resaltan: (a) las autoridades de las entidades educacionales, que deben ejecutar acciones de actualización curricular en la formación inicial de las carreras de la salud; (b) la autoridad sanitaria, manteniendo vigilancia del cumplimiento de las disposiciones y (c) los profesionales, cuyo esfuerzo y motivación individual es básica para responder a los desafíos disciplinares y éticos que la labor de la atención primaria de salud impone. En otras palabras, se requiere la participación conjunta de autoridades de diferentes ámbitos que velen por una formación con estándares y criterios de calidad, garantizando la idoneidad de quienes formarán los equipos que atenderán a la población.

## Referencias bibliográficas

1. López Campillay M. ¿Salud para Todos? La atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2018 [acceso: 02/07/2020]. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/418/Hitos%204%20salud%20para%20todos.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
2. Macinko J, Montenegro H, Nebot A, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2007 [acceso: 02/07/2020];21(2/3):73-84. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>
3. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2013 [acceso: 02/07/2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
4. Dois A, Bravo P, Soto G. Atributos y características de los principios orientadores del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria desde la perspectiva de expertos en APS. Rev Med Chile. 2017;145(7):879-87. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000700879>

5. Londoño E. Las enfermedades crónicas y la ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina. Rev Cub Salud Pública. 2017 [acceso: 02/07/2020];43(1):68-74. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n1/68-74/>
6. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles: perfiles de países 2018. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2018 [acceso: 22/09/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/nmh/countries/es/>
7. Pan American Health Organization. Economic Dimensions of Non communicable Diseases in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C: Pan American Health Organization; 2017 [acceso: 22/12/2020]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28501/9789275119051\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28501/9789275119051_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
8. Torres-Lagunas MA. La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la Cobertura Universal. Enferm. Univ. 2018 [acceso: 02/04/2021];15(4):329-31. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632018000400329&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632018000400329&lng=es)
9. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:1-6.
10. Téllez A, Sapag J, Barros J, Poblete F, Zamorano P, Celhay P. 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 de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2020 [acceso: 02/07/2020]:83-114. Disponible en: <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2020/03/LIBRO-PP-VF.pdf>.
11. Escamilla-Cejudo JA, Sanhueza A, Legetic B. La carga de enfermedades no transmisibles en las Américas y los determinantes sociales de la salud. En: Legetic B, Medici A, Hernández-Ávila M., Alleyne GA, Hennis A. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington DC, Estados Unidos: OPS; 2017 [acceso: 02/07/2020]:13-24. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33994/9789275319055spa.pdf?sequence=1>
12. Artaza O, Santacruz J, Girard J, Alvarez D, Barría S, Tetelboin C, *et al.* Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones

académicas. Rev Panam Salud Pública. 2020;44:e83. DOI:  
<http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2020.83>

13. Veliz-Rojas L, Bianchetti-Saavedra AF, Silva-Fernández M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. Cad Saude Pública. 2019;35(1). DOI:  
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00120818>

14. Hernández M, Vieitez I, Bernal A, Charvel S, Santos C, Reynales LM, *et al.* Marco de la política para desarrollar y mejorar las acciones gubernamentales destinadas a la prevención y el control de las ENTs. En: Legetic B, Medici A, Hernández-Ávila M, Alleyne GA, Hennis A. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington DC, Estados Unidos: OPS; 2017 [acceso: 02/07/2020];127-46. Disponible en:  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1>

15. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaria de Salud Pública. Departamento de Enfermedades no Trasmisibles. Modelo de atención para Personas con enfermedades crónicas: Directrices para su implementación. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2015 [acceso: 02/07/2020]. Disponible en: <http://www.minsal.gob>.

16. Hilton K, Anderson A. IHI Psychology of Change Framework to Advance and Sustain Improvement. Institute for Healthcare Improvement. Boston, Massachusetts: IHI; 2018 [acceso: 02/07/2020]. Disponible en:  
<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHI-Psychology-of-Change-Framework.aspx>

17. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53° Consejo Directivo, 66° Sesión del Comité Regional de la OMS para Las Américas. Washington DC: EUA; 2014 [acceso: 01/07/2020]. Disponible en:  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7652/CD53-R14-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

18. Páez A, Torres C, Campos de Aldana M, Solano S, Quintero N, Chaparro O. Direct and Indirect Costs of Caring for Patients with Chronic Non-Communicable Diseases. Aquichan. 2020;20(2):e2022. doi.org/10.5294/aqui.2020.20.2.2

19. Centro Democracia y Comunidad. Las enfermedades no transmisibles: situación epidemiológica, el régimen alimenticio como factor de riesgo y propuestas de política fiscal para reducir su prevalencia. Informe de Asesoría al Comité de Senadores del Partido Demócrata Cristiano. 2016 [acceso: 12/10/2020]. Disponible en:

<https://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=transparencia&ac=doctoInformeAsesoria&id=9043>.

20. Wagner EH, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Aff.* 2001;20(6):64-78.

21. Yeoh EK, Wong MCS, Wong ELY, Yam C, Poon CM, Chung RY, *et al.* Benefits and limitations of implementing Chronic Care Model (CCM) in primary care programs: A systematic review. *Int J Cardiol.* 2018;258:279-288. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.11.057>

22. Dunn P, Conard S. Chronic Care Model in research and in practice. *Int J Cardiol.* 2018;258:295-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2018.01.078>

23. Subsecretaría de redes asistenciales. División de atención primaria. Subsecretaría de salud pública. División de prevención y control de enfermedades. Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020 [acceso: 22/04/2021]. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908\\_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf)

24. Organización Panamericana de la Salud. Las ENT de un vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [acceso: 02/07/2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752?show=full>

25. Lagos M. E, Salazar A, Luengo L. Evaluación de la atención a usuarios con enfermedad crónica cardiovascular en Centros de Salud Familiar. *Revista chilena de cardiología.* 2016 [acceso: 02/07/2020];35(2):99-108. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602016000200002>

26. Ministerio de Salud de Chile. Automanejo de enfermedades no trasmisibles. Subsecretaría de redes asistenciales. División de atención primaria. Departamento modelo de atención primaria. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2017 [acceso: 02/04/2021]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/018.Automanejo-de-Enfermedades-no-Transmisibles.pdf>

27. Wagner E. Counterpoint: chronic illness and primary care. *Med Care.* 2011 [acceso: 02/08/2020];49(11):973-5. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/23053786?seq=1>

28. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en atención primaria y comunitaria. *Atención Primaria*. 2018;50(2):114-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/aprim.2017.09.001>
29. Vera MG, Merighi MAB, Conz CA, Silva MHD, Jesus MCP, González LAM. Primary health care: the experience of nurses. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 1):531-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0244>
30. Dois A, Bravo P, Contreras A, Soto M, Mora I. Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e147. DOI: <http://dx.doi.org/org/10.26633/RPSP.2018.147>
31. Rey-Gamero A, Acosta-Ramírez N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *RGYPS*.2013;12(25). DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp12-25.ecpe>
32. Ministerio de Salud de Chile. Orientación de manejo y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas en contingencia COVID-19. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020 [acceso: 02/07/2020]. Disponible en: <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/handle/123456789/653>
33. López Borges Y, Bell Pérez K, Jiménez de Castro Morgado MI, Nápoles Reyna L. Algunas consideraciones sobre la preparación pedagógica y didáctica en la atención primaria de salud. Primer congreso virtual en ciencias biomédicas en Granma: Cibamanz Manzanillo: 2020 [acceso: 16/04/2020]. Disponible en: <http://cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/viewFile/599/359>

### Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.