

Control Integral en el Centro de Salud Familiar Metodista de Temuco, Chile

Comprehensive Health Care in the Methodist Family Health Center of Temuco, Chile

Nancy Angulo A.¹, Ximena Sanhueza V.², Jorge Donat M.³

Resumen

Se muestra la experiencia del CESFAM Metodista de 7 años de desarrollo en el control de pacientes crónicos que presentan más de dos patologías. Se definió que el control se desarrollaría de manera integral centrado en el usuario, en un solo momento y por el mismo equipo de atención. La asignación de los rendimientos se realizó según la edad del usuario y la cantidad de patologías que sufriera. Como resultado cuantitativo se obtuvo una disminución en la inasistencia a controles por parte de los usuarios, disminución en las solicitudes de exámenes, generación de una receta única, disminución de la asistencia injustificada de los usuarios al centro de salud, optimización en la dación y utilización de horas de los profesionales. Como resultado cualitativo se obtuvo un mayor conocimiento de la población a cargo por parte de los equipos de cabecera y una mayor adherencia de los usuarios al plan de atención integral elaborado por los equipos de atención.

Palabras clave

Atención integral de salud, multimorbilidad.

Abstract

The Methodist Family Health Center (CESFAM) of the city of Temuco, Chile, implemented the comprehensive control of patients with chronic diseases that present two or more pathologies, 7 years ago. It was defined that the medical control would be developed in an integral strategy with focus on the patient, in a single moment and by the same health team. The yields were assigned according to the age of the patient and the amount of chronic pathologies. As a quantitative result with focus on the patient, there was observed a decrease in non-attendance to medical controls, decrease in requests for exams, a generation of a unique prescription, decrease of non-justified attendance to the health center, and an optimization in the administration and use of professionals' time. As a qualitative result, was observed a better knowledge of the population in charge by the responsible teams and a greater adherence of the patients to the comprehensive health care plan prepared by the Methodist CESFAM team.

Keywords

Comprehensive health care, Multimorbidity.

¹ CESFAM Metodista de Temuco, médica clínica y asesor. Docente Universidad de la Frontera.

² CESFAM Metodista de Temuco, Coordinadora Unidad de Calidad y Unidad de Gestión.

³ Becado de tercer año Medicina Familiar General, Universidad de la Frontera.

Introducción

El CESFAM Metodista está ubicado en O'Higgins 01449 de la ciudad de Temuco, es una Organización No Gubernamental (ONG), desde el año 1967 dependiente de la Corporación Metodista de Chile y desde el año 2014, dependiente de la Fundación de Salud de la Iglesia Metodista de Chile "La Araucanía", siendo un centro autogestionado.

Es un Centro de Salud Delegado con convenios vigentes por Decreto con Fuerza de Ley 36 de 1980, con el Servicio de Salud Araucanía Sur.

En el año 1967 se comienza la construcción del actual edificio con la finalidad de tener un Jardín Infantil y un sector para un policlínico de beneficencia, por iniciativa del pastor Metodista Don David Lowry's Sketch y su esposa la Dra. Mary Sue Hart, en ese entonces el financiamiento era por medio de aportes de la Iglesia Metodista.

El 09 de Septiembre de 1983 se obtiene la autorización del Servicio de Salud Araucanía Sur de acuerdo a resolución N 12 73 para brindar Atenciones de Salud.

En agosto del año 1998 se inicia el convenio con el Ministerio de Salud como Centro de Salud Familiar, siendo uno de los pilotos a nivel comunal y nacional, y uno de los pocos que comenzó inmediatamente como centro de salud familiar. En este periodo se terminan los aportes de la Iglesia Metodista y se inicia el financiamiento de manera exclusiva, según población inscrita, a través del per cápita y algunos programas complementarios.

Organización General del CESFAM Metodista

Para el funcionamiento del CESFAM, se dividió a la población en 4 módulos (sectores) cada uno constituido por un equipo de cabecera: médico, enfermera y técnico en enfermería de nivel superior (TENS), se definió que los otros profesionales serían transversales sin población sectorizada.

No existe un Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) Centralizado, sino que esta función es cumplida en gran parte por el TENS de cada módulo que realiza

una tarea de priorización de las atenciones a los usuarios y dación de horas.

Las atenciones de los profesionales no se realizan divididas por programas, por lo tanto no existen profesionales exclusivos asignados a éstos. Es el mismo profesional ya sea médico, enfermera u otro quienes realizan los controles de todos los usuarios, para ello, los profesionales deben tener las competencias para atender a los usuarios a través de todo el ciclo vital. Existen los Encargados de Programas que realizan las labores administrativas y de coordinación, supervisados y monitoreados por una Coordinación Técnica.

El trabajo del binomio médico – enfermera es de suma importancia en razón a que la gestión de la población a cargo debe ser fluida para trabajar en pro de la disminución de la poli consulta, para ello la enfermera es la encargada de gestionar la resolución, junto al médico, de aquellas situaciones que puedan ser solucionadas sin la citación del paciente, como ajustes de terapias, revisión de exámenes alterados, solicitudes de certificados, coordinación para la elaboración de los planes de intervención, etc.

El TENS es el encargado de agendar las horas para consultas y controles de médico, enfermera y nutricionista, para la toma de exámenes de laboratorio, electrocardiograma y espirometría, entre otros. Controla los signos vitales de pacientes para la atención médica. Es labor del TENS asegurar que el usuario cuente con todos los exámenes realizados para el momento del control médico.

El trabajo en equipo de TENS, Enfermera y médico de módulo, permite priorizar a los usuarios según complejidad y necesidades de éstos.

El CESFAM ha sido campo clínico para los becados de Medicina Familiar de la Universidad de la Frontera desde el año 1998. Ellos son asignados a algunos de los módulos con familias a cargo durante los tres años de la beca. Al término de su formación, las familias son traspasadas, con aprobación de éstas, al siguiente becado.

Desde marzo del año 2018 trabajamos con ficha clínica electrónica cuyo soporte y resguardo está en Agenda Médica

del Servicio de Salud Araucanía Sur, que además cuenta con receta electrónica, registro de actividades, centro de abastecimiento, agendamiento de horas, entre otros.

Desarrollo

Cambio en la forma de atención a los usuarios en sus controles de patologías crónicas.

Las directrices del Ministerio de Salud tendían a la atención por programas lo que en la práctica provocaba una disgregación de las prestaciones otorgadas a los beneficiarios con la consiguiente multiplicación y duplicación de las acciones en salud, lo más importante era el impacto en la forma de abordar a nuestros usuarios, provocando que fueran atendidos y etiquetado por una patología y no por su condición de ser humano sufriente inserto en una familia y una comunidad⁴.

Cambiar esta idea en la mentalidad de los profesionales fue un proceso largo, fue necesario por una parte recordar y reforzar los principios del modelo de Salud Familiar y por otra los costos – beneficios a largo plazo en la calidad de la atención a los usuarios y en ahorro de recursos (recurso humano, financiero y otros).

Teniendo el firme convencimiento de que el Modelo de Salud Familiar permite enfocar la atención del usuario de manera integral, demostrando de que éste no es una patología sino un individuo inserto en una familia y comunidad, poseedor de factores de riesgo y protectores que intervienen en conjunto dentro de la mantención de su salud, se determinó a nivel local que el usuario no sería atendido en las individualidades de sus patologías, como se plantea en la atención por programa, sino como un todo, siguiendo con esto las directrices del Modelo de Atención Integral en Salud³.

Dado lo anterior nos fijamos como objetivos específicos los siguientes:

- Lograr, por parte de los profesionales, un mayor conocimiento de su población a cargo.
- Lograr un mejoramiento en la satisfacción del usuario externo.
- Optimizar el uso de las horas de profesionales.
- Disminuir las asistencias innecesarias, de parte de los usuarios, al Centro de salud.

- Disminuir la cantidad de exámenes solicitados, evitando la duplicidad.
- Disminuir y ordenar las prescripciones innecesarias de medicamentos a los usuarios.
- Posibilitar la elaboración de un plan integral de intervención a los usuarios.

Se logró el consenso, entre los profesionales, de que los usuarios serían atendidos de manera integral, por los profesionales de los equipos de cabecera, en sus controles de patologías crónicas, para ello se determinó un rendimiento variable según la edad y número de patologías que el usuario presentara.

Desde que el CESFAM inició sus prestaciones, el técnico de enfermería, del equipo de cabecera, asignaba las horas a los usuarios tanto de consultas agudas como las de controles, hasta el 2014 sólo era en base a criterios de categorización según urgencia y priorización de grupos vulnerables, posteriormente se comenzó a realizar en base a las variables de edad de éstos y el número de patologías crónicas que padecieran, para ajustar el rendimiento a estas variables. Para determinar la cantidad de patologías que afecta a cada usuario, el TENS de módulo debe revisar los antecedentes clínicos en la ficha clínica, el tarjetón de patologías crónicas y el carné de control.

Se debió adecuar las agendas para que coincidieran con los rendimientos planteados, para ello se asignaron dos a tres cupos de 30 minutos, 20 minutos o 15 minutos dependiendo del rendimiento asignado (Tablas 1, 2,3 y 4)

Edad	Rendimiento	Crónico Cardiovascular (HTA-DM-dislipidemia)	Crónico no cardiovascular Osteomuscular endocrino	Crónico no cardiovascular Neurológico	Era	Salud mental	Consulta morbilidad
Menores 70	15 minutos						X
	20 minutos		X				
	20 minutos			X			
	20 minutos				X		
	30 minutos	X					
	30 minutos		X	X			
	30 minutos					X	
	40 minutos	X	X				
	40 minutos	X		X			
	40 minutos				X	X	
	40 minutos	X			X		
	60 minutos	X					X

Tabla N°1: Rendimiento asignado a los usuarios menores de 70 años de edad considerando el número de patologías que presenten

Edad	Rendimiento	Crónico Cardiovascular (HTA-DM-dislipidemia)	Crónico no cardiovascular Osteomuscular-endocrino	Crónico no cardiovascular neurológico	Era	Salud mental	Consulta morbilidad
Mayores 70 y menores de 90	20 minutos						X
	30 minutos	X					
	30 minutos		X				
	30 minutos			X			
	30 minutos				X		
	30 minutos					X	
	60 minutos	X				X	
	60 minutos	X	X				
	60 minutos	X		X			
	60 minutos	X			X		
	60 minutos	X				X	
	60 minutos		X	X			
	60 minutos		X		X		
	60 minutos		X		X	X	

Tabla N°2: Rendimiento asignado a los usuarios entre 70 años de edad y 90 años, considerando el número de patologías que presenten

Edad	Rendimiento	Crónico cardiovascular (HTA-DM-DISL)	Crónico no cardiovascular Osteomuscular-Endocrino	Crónico cardiovascular Neurológico	Era	Salud mental	Consulta morbilidad
mayores de 90	20 minutos						X
	40 minutos	X					
	40 minutos		X				
	40 minutos			X			
	40 minutos				X		
	40 minutos					X	
	40 minutos	X	X				
	60 minutos	X		X			
	60 minutos	X			X		
	60 minutos	X				X	
	60 minutos		X	X			
	60 minutos		X		X		
	60 minutos		X		X	X	
	60 minutos				X	X	
	60 minutos				X	X	

Tabla N°3: Rendimiento asignado a los usuarios mayores de 90 años de edad considerando el número de patologías que presenten

Controles médicos de seguimiento	
menores de 90	20 minutos
mayores de 90	30 minutos
ingresos médico	60 minutos

Tabla N°4: Rendimiento asignado a los usuarios menores y mayores de 90 años de edad para el ingreso a control y para los seguimientos.

Asociado al control integral de nuestros usuarios y atendiendo a la necesidad de tener además un registro unificado para los diferentes tarjetones de control crónico (tarjetero cardiovascular,

ERA, Salud Mental, otros), en el año 2015 se ideó un tarjetero único en soporte de papel.

Al poco tiempo de usarlo nos dimos cuenta de que, si bien se lograba concentrar la información en una sola tarjeta, ésta resultaba difícil de extraer al momento de elaborar los diferentes informes estadísticos solicitados por los referentes del Servicio de Salud.

Por lo anterior durante el año 2019, el Comité Técnico Gestor de la Institución tomó la decisión de desarrollar un Tarjetero Integral Digital local, que se encuentra en estado de implementación. Se tomó como antecedente los diseños e implementación del Tarjetero Integral Físico desarrollado entre el año 2012 al 2014.

Para el tarjetero digital nos planteamos los siguientes objetivos:

- Lograr un registro consolidado de la información de los usuarios.
- Mantener un historial clínico actualizado.
- Agrupar a las familias.
- Contar con información digitalizada accesible en el momento del control.
- Facilitar la elaboración de los informes estadísticos.

Al ingresar el RUN del usuario, se visualiza inmediatamente todos los tarjeteros que posee el usuario. Se puede buscar por RUT, por nombre, por apellido y por Código Familiar.

Cambios durante la pandemia SARS Cov 2

- En un inicio se reestructuró desde los flujos de tránsito tanto para usuarios externos e internos hasta las actividades de cada uno de los funcionarios.
- Trabajamos desde un inicio con todos los funcionarios y sin turnos.
- Desde mayo del 2020 se retomaron los controles de los pacientes crónicos en forma presencial y en domicilio (siempre de manera integral), pero con cambios en el proceso:
 - La selección se realizó por medio de revisión de los tarjeteros de los programas crónicos, priorización por enfermera encargada de los programas, coordinadora técnica y médico asesor.
 - Se designó a un solo TENS para el agendamiento de

los controles médicos de los 4 módulos y a otro TENS para el agendamiento de enfermeras y nutricionistas.

- Se asignó un rendimiento general para ingreso y controles de 1 hora. (el médico tomaba los signos vitales)

Desde marzo del 2021, de manera paulatina, se ha ido retomando el antiguo funcionamiento por equipos de cabecera en cada módulo, aumentando en 15 minutos los rendimientos para dar tiempo a la sanitización y cambio de elementos de protección personal.

Discusión y Resultados

A pesar de que el modelo de salud familiar en sus principios rectores contempla la atención integral de los usuarios y la continuidad de los cuidados, esto en la práctica no se ha estado dando ya que los usuarios reciben una atención fragmentada a través de los diferentes programas de salud.

Desde el año 2019 el Ministerio de salud ha comenzado con la implementación del control multimorbilidad para aquellos usuarios que presente más de dos patologías crónicas, clasificando a los pacientes en tres grados de riesgo dependiendo de la cantidad de patologías que porten y desde los 25 años de edad, priorizando a los adultos mayores, sugiriendo un rendimiento estándar de uno o dos usuarios por hora¹⁴. Nosotros optamos por incorporar a todos los usuarios inscritos en el CESFAM sin límite de edad y con un rendimiento variable según la cantidad de patologías que presentaran.

En nuestro centro de salud el control integral de los usuarios se realiza al 100% de éstos, a diferencia de otros centros en que se hace como un policlínico adicional a los de los programas de salud tradicional y para grupos etareos definidos, en algunos sólo para adultos mayores de 65 años.

Para el control integral de los usuarios incluimos todas las patologías crónicas no transmisibles que presenten (cardiovascular, salud mental, respiratorias, endocrinas, osteomusculares, neurológicas) a diferencia de otros centros en que las patologías del Programa de Salud Mental y el de Enfermedades Respiratorias del Adulto se controlan por medio de sus respectivos programas.

La dación de horas para el policlínico de multimorbilidad en los diferentes centros, en general, la realizan los funcionarios

del SOME, en nuestro CESFAM esta labor está a cargo del TENS de módulo, quien realiza, principalmente, una labor de priorización y asignación de rendimientos, además de asegurar la asistencia a control del usuario con todos los exámenes vigentes y cualquier otra información necesaria para optimizar la atención.

Para el desarrollo e implementación de la estrategia del control integral en nuestro CESFAM, se contó desde un inicio con el apoyo y convencimiento del comité técnico gestor dirigido por la directora del Centro de Salud.

Desde un inicio de la implementación en nuestro CESFAM, definimos que el nombre sería de “Control Integral” ya que nos pareció más acorde con los principios del modelo de salud familiar. La denominación de “Control de Multimorbilidad”, nos parece que sigue apuntando al modelo biomédico en que se hace hincapié en la atención de la enfermedad y no de la persona enferma.

Al poco andar en la implementación del control integral en nuestro CESFSAM, nos dimos cuenta de que el manejo de la información se hacía engorroso al transcribir los datos a los diferentes tarjetones de los programas de salud, por lo que ideamos un tarjetón único en formato de papel, pero éste resultó ser muy grande y también difícil de llenar. Optamos por invertir en el diseño y elaboración de un tarjetón único digital que está en proceso de implementación.

A pesar de la pandemia del SARS CoV 2, hemos tratado de seguir con nuestros controles integrales, implementando los cambios necesarios para la prevención de la transmisión del virus tanto a los usuarios externos como a los internos.

Resultados cualitativos

1) Optimización en la dación de horas: Menor utilización de las agendas de los profesionales ya que independiente de las enfermedades crónicas que sufra el usuario, se le agenda una sola hora con médico, enfermera o nutricionista.

2) Optimización de los recursos:

- No existe un médico o enfermera diferente por cada programa lo que se condice plenamente con los principios de la Salud Familiar en relación a la integralidad en la atención.

- Se genera una sola orden para exámenes por lo que la

toma de éstos es en una sola ocasión para ser revisados por médico en un único control.

- Se genera una única receta integral. El retiro de medicamentos y alimento, se realiza en una sola oportunidad, disminuyendo los tiempos de atención en farmacia.
- Siempre es el mismo médico, enfermera o TENS quien atiende al usuario para cualquier solicitud.

3) Satisfacción usuario externo: Al disminuir las visitas al centro de salud se produce para el usuario un ahorro de tiempo y dinero en locomoción. El usuario logra identificar quienes son los profesionales que lo atienden.

4) Satisfacción usuario interno: Se ha logrado un mejor conocimiento de los usuarios y familias a cargo ya que es el mismo profesional que lo atiende por sus diferentes patologías a través del ciclo vital, considerando no sólo los factores biomédicos, sino que también los familiares y sociales.

Otros logros cuantitativos

1) Las metas Índice de actividad de la atención primaria (IAAPS.) desde que han sido parte de la negociación y compromiso de cumplimiento por parte del CESFAM, se han logrado en un porcentaje cercano al 100%.

2) Disminución de inasistencias por parte de los usuarios a sus controles (tabla 5)

Evolución no se presenta (NSP) por año	2008	2010	2012	2014	2018	2020
Número total prestaciones anual	36668	46561	53357	94022	96072	8581
Prestaciones médicas anual	8585	7312	5822	9650	13432	3719
% Prestaciones medicas	23,4	15,7	10,9	10,3	14	43,3
NSP horas medicas anual	443	301	378	393	360	122
%NSP horas medicas anual	5,2	4,1	6,5	4,1	2,7	3,3
Prestaciones enfermera anual	3787	5530	5255	9777	13378	1126
% Prestaciones enfermera	10,3	11,9	9,8	10,04	13,9	13,1
NSP enfermera anual	285	255	258	455	540	62
% No se presenta	7,5	4,6	4,9	4,7	4	5,5

Tabla N°5: Se aprecia una disminución de los No se Presenta al control de médico y enfermera después de la implementación del control integral. Para el año 2020 se muestra los datos al primer trimestre.

Conclusiones

A pesar de que el modelo de salud familiar lleva décadas en la implementación en la Atención Primaria de nuestro país, su desarrollo se ha visto limitado por la persistencia del abordaje biomédico de los usuarios en que son fragmentados al ser atendidos por los diferentes programas.

Es posible cambiar la forma de atender a los usuarios en un centro de salud primaria siguiendo las directrices del modelo de salud familiar que enfatiza la elaboración de un plan de cuidado integral para cada uno de ellos y de sus familias a través del ciclo vital individual y familiar.

Para poder implementar cualquier cambio en la forma de prestar los servicios a los usuarios se necesita del apoyo y compromiso de las autoridades del Centro de Salud y de los diferentes actores involucrados en el proceso.

Consideramos que es imprescindible la atención y el seguimiento de los usuarios por un mismo equipo de cabecera para poder prestar una atención integral, para ello los profesionales y funcionarios deben capacitarse en el modelo de salud familiar para adquirir las competencias necesarias.

El rendimiento para la realización de los controles debe adecuarse a algunas variables individuales de los usuarios como la edad y el número de patologías que presenten.

La dación de horas debe ser realizada por un funcionario clínico que cuenta con las competencias para poder priorizar y gestionar la atención del usuario.

Como apoyo a la gestión de la información de los usuarios es imprescindible tener un medio de registro unificado, idealmente digital.

En Pandemia si se puede continuar con las directrices del modelo de salud familiar, en general, y en particular, continuar con el control integral a los usuarios.

Es necesario hacer una evaluación continua de los resultados en la implementación del control integral a los usuarios para poder hacer los cambios que se requieran en la medida de que las variables contempladas se deban modificar debido a los cambios epidemiológicos y etareos.

Bibliografía

1. Hidalgo C. C., Carrasco B. E. Salud Familiar: un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2002.
2. Prados-Torres A, Del Cura-González I, Prados-Torres J, Leiva-Fernández F, López-Rodríguez J, Calderón-Larragaña A, Muth C. Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Adriadne. Un enfoque centrado en la persona. *Atención Primaria* 2017; 49(5):300-307.
3. Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria. Subsecretaría de Redes asistenciales. División Atención Primaria. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
4. Orientaciones para la planificación y programación de la red. Minsal 2019. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/Orientaciones-2019-.pdf>