

POTENCIALIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA FRECUENCIA MÍNIMA DE EVALUACIÓN DE LA DISPENSARIZACIÓN

Cuesta Mejías, Leonardo

¹Escuela Nacional de Salud Pública/Departamento de Educación Posgraduada, La Habana Cuba. leonardo.cuesta@infomed.sld.cu

Resumen: Introducción: El modelo de Medicina Familiar, es el único que ha rebasado una década dentro del Sistema Nacional de Salud Cubano. Desde el 2011, se encuentra vigente la última actualización del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. La relación entre la cantidad de habitantes asignados a cada Equipo Básico de Salud y la posibilidad de cumplir con todos los elementos del programa, no ha sido suficientemente evaluado y son escasas las publicaciones al respecto. **Objetivo:** Identificar las posibilidades del equipo básico de salud para cumplir con la frecuencia mínima de evaluación establecida. **Método:** Se desarrolló grupo focal con 20 expertos del Programa del Médico y Enfermera de la Familia. Se determinó el tiempo promedio por paciente en consulta, los pacientes a poder ser atendido en una hora y en una sesión de trabajo de 4 horas en consultorio. Se hizo el cálculo de pacientes y de familias a atender por sesión de terreno. Se relacionó con las necesidades de atención según la frecuencia mínima de evaluación a cumplir. **Resultados:** Se consideró que en el Consultorio pueden ser atendido 16 pacientes en una sesión y en el terreno 8. Se determinó que cada familia debe ser atendida en no menos de 30 minutos por cada visita anual. **Conclusiones:** se evidencian contradicciones entre los tipos de actividades a realizar por el equipo básico de salud, en el propio consultorio médico y en el terreno con el tiempo necesario, y el tiempo real asignado.

Palabras clave: frecuencia mínima de evaluación; dispensarización; medicina familiar

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El modelo de Medicina Familiar, es el único que ha rebasado una década dentro del Sistema Nacional de Salud Cubano. Desde el 2011, se encuentra vigente la última actualización del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. La relación entre la cantidad de habitantes asignados a cada Equipo Básico de Salud y la posibilidad de cumplir con todos los elementos del programa, no ha sido suficientemente evaluado y son escasas las publicaciones al respecto. Identificar las posibilidades del equipo básico de salud para cumplir con la frecuencia mínima de evaluación establecida es el objetivo del presente trabajo.

Método: Se desarrolló grupo focal con 20 expertos del Programa del Médico y Enfermera de la Familia. Se determinó el tiempo promedio por paciente en consulta, los pacientes a poder ser atendido en una hora y en una sesión de trabajo de 4 horas en consultorio. Se hizo el cálculo de pacientes y de familias a atender por sesión de terreno. Se relacionó con las necesidades de atención según la frecuencia mínima de evaluación a cumplir.

RESULTADOS

Después de revisar en diferentes fuentes, y de tener en cuenta los criterios vertidos por los expertos en el grupo focal llevado a cabo, así como los resultados de la observación que se realizó, en la cual como se observa en la tabla 1, el 81,9 % de los equipos básicos de salud, consumió más de 10 minutos en la atención a cada paciente, dentro de ellos, el 51,9% más de 15 minutos por paciente, se determinó que el tiempo promedio por atención médica en consulta del médico de la familia debía ser de 15 minutos, es decir que deben atenderse cuatro pacientes por hora y un total de 16 pacientes en jornadas de cuatro horas en el CMF. Hay que señalar que en el grupo focal se manejaron tiempos entre 10 y 20 minutos, es decir 15 minutos como promedio por paciente.

Tabla I. Observación del tiempo para la atención médica en consultorios del médico y enfermera de la familia

Tiempo promedio por paciente atendido	No. de Consultorios	%
Menos de 10 minutos	38	18,1
De 10 a menos de 15 minutos	63	30,0
15 minutos o más	109	51,9
Total	210	100,0

Se analizó y se determinó que, en un año natural, un EBS, con un médico especialista en MGI, el que no tiene establecida una tarde semanal para educación continuada (docencia), después de descontar 5 semanas de vacaciones, puede laborar 47 semanas de lunes a sábado (6 sesiones semanales) en consulta, generalmente en la mañana, más 3 sesiones por semana en horario alterno, es de-

cir 423 sesiones para atención médica en el CMF, de la cuales deben restarse 11 sesiones al año por la reunión mensual del Grupo Básico de Trabajo (GBT), quedando finalmente en 412 sesiones. No se tomó un médico residente para realizar el cálculo ya que este si tiene establecida una sesión semanal para la actividad docente. Si como se refirió anteriormente, deben atenderse 16 pacientes en una sesión de 4 horas laborales en un CMF, pueden darse un total de 6 592 atenciones médicas en CMF en un año.

Con relación al terreno hay que considerar dos sesiones semanales por las 47 semanas laborables, es decir un total de 94 sesiones de terreno. Se aceptó que pueden ser atendidos como promedio 8 pacientes en una sesión de 4 horas. Esto daría un total de 752 pacientes atendidos desde el punto de vista individual en la actividad de terreno en un año.

En el proceso de discusión en el grupo focal, se tuvo en cuenta que por el programa del médico y enfermera de la familia vigente se establece en 1500 el máximo de pacientes que deben ser atendidos por un EBS, que el promedio con el que se viene trabajando en el país y en los policlínicos escogidos ha sido de 1200 habitantes por CMF y además conocemos que se propone llevar esta cifra a 1000, por lo que decidimos tomar esa última población como base para los cálculos necesarios.

Según informe sobre dispensarización de dos policlínicos y un municipio de Salud, el promedio de personas incluidas en los cuatro grupos dispensariales por cada 1000 habitantes, así como los lactantes y gestantes (se considera además igual número de puérperas) en el 2019 fue el que se muestra en la tabla que se presenta a continuación:

Tabla 2. Distribución de pacientes por grupos dispensariales, lactantes y gestantes

Grupo	No.	%
I	282	28,2
II	250	25,0
III	430	43,0
IV	20	2,0
Lac- tantes	10	1,0
Gestante s	8	0,8
Total	1000	100,0

Tanto los lactantes como las gestantes y puérperas fueron considerados todos como supuestamente sanos, es decir pertenecientes al grupo I, pero se individualizaron por su frecuencia mínima de evaluación diferente.

Aceptando estos datos como referencias para el establecimiento de los cálculos y teniendo en cuenta la frecuencia mínima de evaluación establecida en el Programa del Médico y Enfermera de la Familia para cada grupo dispensarial, así como para lactantes y gestantes, se determina que para el

control integral de los pacientes de cada grupo deben brindarse las atenciones que se relacionan a continuación, tanto en CMF como en el terreno:

Tabla 3. Relación entre la frecuencia mínima de evaluación y las atenciones en consulta por grupos dispensariales y priorizados.

Grupo	Frecuencia Mínima de evaluación CMF	Atenciones en CMF
I	1v/año	282
II	1v/año	250
III	2v/año	860
IV	1/2v/año o ninguna	20/40 o ninguna
Lactantes	14v /año	140
Gestantes	13v/año (3v/ puérpera)	104
Total		1656/1676/1636

Atendiendo a ese número de consultas a ofrecer a los pacientes de los cuatro grupos dispensariales, más los lactantes, las gestantes y puérperas, 1676 como máximo, se hace necesario laborar en un total de 105 sesiones de trabajo en el CMF.

Tabla 4. Relación entre la frecuencia mínima de evaluación y las atenciones en terreno por grupos dispensariales y priorizados.

Grupo	Frecuencia Mínima de evaluación Terreno	Atenciones en Terreno
I	-	-
II	1v/año	250
III	1v/año	430
IV	1/2v/año o ninguna	20/40 o ninguna

Lac- tantes	12v/año	140
Gestante s	12 v/año (por enf.)	-
Total		840/860/820

Atendiendo a ese número de terrenos a ofrecer a los pacientes de los cuatro grupos dispensariales, más los lactantes, las gestantes y puérperas, 860 como máximo, se hace necesario laborar en un total de más de 107 sesiones de trabajo en el terreno, es decir un 113,8 % de las sesiones posibles a realizar.

Tabla 5. Sesiones requeridas para el cumplimiento de la frecuencia mínima de evaluación de las disponibles en Consultorio y en terreno

Lugar	Sesiones a laborar	Sesiones necesarias	%
Consultorio	412	105	25
Terreno	94	107	113,8

Es evidente, según se aprecia en esta tabla como con independencia que pudiera valorarse asignar más tiempo a la atención individual de cada paciente en el CMF, las sesiones de actividad en el propio CMF, parecen excesivas. Por otro lado, es indiscutible la insuficiencia de las sesiones de terreno establecidas, reiteramos, solo para la atención individual.

CONCLUSIONES

La organización de la atención médica del modelo de medicina familiar, requiere mayores y más profundos análisis, atendiendo a que se evidencian contradicciones entre los tipos de actividades a realizar por el equipo básico de salud, en el propio consultorio médico y en el terreno correspondiente al mismo, con el tiempo de atención necesario, y el tiempo real asignado a cada actividad. En esta aproximación realizada, parece evidente que la actividad del consultorio tiene un tiempo asignado mayor que el necesario, y más evidente aún que la actividad de terreno, por el contrario tiene menos tiempo asignado que el necesario. Volver a las frecuencias de consultas y terrenos establecidas antes de las transformaciones del 2010, es decir 6 sesiones en CMF y 5 sesiones en terreno, ambas a la semana, podría, si no resolver del todo estas contradicciones, minimizar las mismas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. La Habana: Ecimed; 2011.
2. Sansó F, Hernández A, Larrinaga M. La dispensarización: entre lo normado y lo posible. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(6):605-12.

3. Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública. La Habana: MINSAP; 2010. Disponible en: <http://files.sld.cu/editorhome/files/2010/11/transformaciones-necesarias-salu-publica.pdf> Acceso el 1 de octubre de 2017
4. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. VII Reunión Metodológica del Minsap. La Habana 2001. Impresa en Barcelona, España en Talleres Gràfics Canigó, S.L.
5. Urquiza R. Tiempo de consulta, gestión clínica y trabajo diario de un de familia. Rev Med La Paz. 2017;23(2):79-83 I Link I
6. Breuil-Genier, Goffette C; La durée des services des médecins généralistes. Etudes et Resultats. 2006; 481:1-8. I Link I
7. Conselho Federal de Medicina. Número de pacientes a ser atendidos na jornada de trabalho do médico. Inexistencia de normatizaçao sobre o assunto- Belén. 2012 on line*. I Link I *entre corchetes
8. Silverman J. Calling time on the 10-minutes. Br J Gen Pract. 2012 Mar; 62(596): 118-9. I Cross Ref I Pub Med I
9. Devergele A, Direse A, Van den Barin-Muinen A, Berning J, De Maessener J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six euopean countries. BMJ. 2002 Aug 31; 325 (7362) 472. I PubMed I
10. Jin G, Zhao Y, Chen C, Wong W, Du Juan, Lu X. The length and content of General Practice consultation in two urban District og Beijing: A preliminary observation Study. Plos One. 2015 Aug 10; 1018: e 0135121. I Cross Ref I Pub Med I