

**LINEAMIENTOS GENERALES PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE
ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CONSULTADOR CRONICO**

CHARLIE NATHALIA SARMIENTO ARDILA

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2013**

**LINEAMIENTOS GENERALES PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE
ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CONSULTADOR CRONICO**

CHARLIE NATHALIA SARMIENTO ARDILA

**Monografía de Grado presentada como
Requisito para obtener el título de
Especialista en Servicios de Salud**

Director:

JORGE LUIS ARDILA BALLESTEROS

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2013**

*En primer lugar le doy gracias a Dios
por este nuevo peldaño en mi carrera profesional
y logro personal.*

*A mis Padres, mis hermanos
y a mi querido Esposo por su apoyo incondicional.*

*A mi jefe y compañeros de trabajo por su
acompañamiento y colaboración para
alcanzar los resultados obtenidos.*

CHARLIE NATHALIA

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos a:

Directivos, Docentes y Administrativos de la Facultad de Salud, Programa de Especialización de Servicios en Salud, por permitirme cursar esta especialización.

Jorge Luís Ardila, Director del Proyecto, por sus aportes, dedicación, tiempo y orientaciones, que me llevaron a ejecutar esta idea, en beneficio de la institución donde realicé mi monografía de grado.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma dieron su aporte acertado para consolidar este trabajo.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA REVISIÓN	18
1.3 OBJETIVOS	20
1.3.1 Objetivo General	20
1.3.2 Objetivos Específicos	20
2. MARCO TEÓRICO	21
2.1 PLANEACION Y OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA	21
2.2 CONSULTADOR CRONICO Ó HPF, UN PROBLEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	24
2.3 PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD	27
2.4 CONSULTADOR CRONICO EN LA FOSCAL	28
3. METODOLOGÍA	30
3.1 UNIVERSO	30
3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	30
3.2.1 Criterios de inclusión	30
3.2.2 Criterios de exclusión	30
3.2.3 Pacientes que no participaron en la estrategia de captación e intervención	30
3.2.4 Pacientes que abandonaron la estrategia de captación e intervención	31

3.3 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	31
3.4 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS	31
3.5 ANALISIS ESTADISTICO	32
4. RESULTADOS	33
5. DISCUSIÓN	39
6. CONCLUSIONES	41
7. RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	46

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Datos Pacientes que participaron de la estrategia de captación e intervención, y los que no participaron. Promedio de consultas por año 2010-2012	34
Cuadro 2. Promedio de Consultas General. Años 2010 a 2012.	34
Cuadro 3. Grupo etáreo general. Años 2010 a 2012	35
Cuadro 4. Pacientes según Género. Años 2010 a 2012	35
Cuadro 5. Grupo etáreo y género	35
Cuadro 6. Promedio consultas y edad. Años 2010 a 2012	36
Cuadro 7. Promedio Consultas y Género. Años 2010 a 2012	37

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Promedio de Consultas año por Edad. Años 2010 a 2012	36
Figura 2. Promedio de consultas año según género	37

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Tabla recolección de datos	46
Anexo B. Modelo Programa de Atención al Consultador Crónico	47

RESUMEN

TÍTULO : LINEAMIENTOS GENERALES PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CONSULTADOR CRÓNICO*

AUTORES : SARMIENTO ARDILA, Charlie Nathalia **

PALABRAS CLAVES: Programa, atención integral, paciente consultor crónico, FOSCAL

DESCRIPCIÓN:

La consulta frecuente es uno de los aspectos más complejos y preocupantes de la práctica diaria en la atención primaria, allí se consumen cantidad de recursos en forma de visitas y contactos con los profesionales de primer nivel (médicos, profesionales de enfermería y administrativos), pruebas complementarias, medicamentos y visitas al especialista. El paciente que acude con gran frecuencia a la consulta no tiene por qué ser un problema, pero a menudo lo es. La mayoría de ellos presentan multitud de motivos de consulta, más o menos cambiantes, frecuentemente de poca importancia, exceptuando aquellos que acuden motivados por problemas crónicos e incapacitantes.

La Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lülle (FOSCAL), no es ajena a este fenómeno de consulta frecuente, por ello el presente trabajo se orientó a la captación de pacientes HPF a través de una revisión de las bases de datos de la entidad, para identificarlos y se desarrolló una estrategia de captación de dichos pacientes para que asistieran a charlas educativas y fueran diagnosticados por un grupo de especialistas.

Con base a los resultados obtenidos: disminución de consultas de dicho pacientes, lo que se constató a través de un seguimiento individual a cada uno de los asistentes, se procedió a diseñar unos lineamientos generales para el posterior desarrollo por parte de la FOSCAL de un Programa de Atención Integral al Paciente Consultador Crónico, conformado por los siguientes lineamientos: Introducción, Justificación, Objetivos, Población objeto, Características del servicio, Fases del Programa, Indicadores de Gestión, Recursos y Glosario

* Proyecto de Grado

** Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Especialización en Administración en Servicios de Salud, Jorge Luís Ardila

SUMMARY

TITLE : **GUIDELINES TO PROPOSAL OF A COMPREHENSIVE CARE PROGRAM QUERIER CHRONIC PATIENT** *

AUTHORS : SARMIENTO ARDILA, Charlie Nathalia **

KEYWORDS : Program, comprehensive care consultant chronic patient, FOSCAL

DESCRIPTION:

The common query is one of the most complex and disturbing daily practice in primary care, there are many resources consumed in the form of visits and contacts with top professionals (doctors, nurses, and administrators), testing complementary medicines and specialist visits. The patient who presents with great frequency to the query does not have to be a problem, but often it is. Most of them have many reasons for consultation, about changing, often of little importance, except those who attend work due to chronic and disabling.

Santander Foundation Clinical Ophthalmology Carlos Ardila Lülle (FOSCAL), is no stranger to this phenomenon frequently consulted, so the present study was aimed at attracting patients HPF through a review of the databases of the entity, to identify them and developed a strategy for capturing such patients to attend educational talks and were diagnosed by a group of specialists.

Based on the results: decreased queries such patients, which was found through individual follow each of the participants, we proceeded to design comprehensive guidelines for further development by the FOSCAL of a Program Comprehensive Patient Care Chronic Querier, comprising the following guidelines: Introduction, Rationale, Objectives, Target Population, Characteristics of the service, program phases, Performance Indicators, Resources and Glossary

* Graduation Project

** Faculty of Health, Medical School, Specialization in Health Services Administration, Jorge Luis Ardila

INTRODUCCIÓN

La consulta frecuente es uno de los aspectos más complejos y preocupantes de la práctica diaria en la atención primaria, allí se consumen cantidad de recursos en forma de visitas y contactos con los profesionales de primer nivel (médicos, profesionales de enfermería y administrativos), pruebas complementarias, medicamentos y visitas al especialista. De hecho, entre un 5% y un 10% de las consultas a un médico de atención primaria (porcentaje de pacientes hiperfrecuentadores, policonsultantes, consultadores crónicos –HPF- con respecto al total de atenciones del médico) consume un 30 % de esfuerzo y tiempo de él¹.

En la atención primaria en salud y los distintos factores y variables que influyen en el mal uso de esos servicios, se plantea la posibilidad que la percepción de malestar ó de enfermedad es muchas veces lo que mueve al paciente a consultar de forma reiterada, adicional a esto, las diversas características sociodemográficas del paciente actúan como moduladores de dicha necesidad. El paciente que acude con gran frecuencia a la consulta no tiene por qué ser un problema, pero a menudo lo es. La mayoría de ellos presentan multitud de motivos de consulta, más o menos cambiantes, frecuentemente de poca importancia, exceptuando aquellos que acuden motivados por problemas crónicos e incapacitantes.

Los diferentes estudios confirman que los Programas de Atención al Paciente HPF deben estar encaminadas a dar respuesta a su parte biomédica y a la complejidad psicosocial que rodea a estos pacientes, ello mostrará una reducción del número

¹ GIRALDO, MH., RINCÓN, MH., URIBE, GE. y CARDONA, D. Costos de la atención en salud en pacientes hiperfrecuentadores de tres centros de salud. Medellín, 2007-2008. En: Revista Salud Pública de Medellín, 2010. vol. 4, Nº 2, p. 41-52

de consultas de manera notoria². Los programas intervenciones deben tener en cuenta tanto la parte cognitiva, como la emocional con una atención integral.

La Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lülle (FOSCAL), no es ajena a este fenómeno de consulta frecuente, por ello el presente trabajo se orientó a la captación de pacientes HPF a través de una revisión de las bases de datos de la entidad, para identificarlos y se desarrolló una estrategia de captación de dichos pacientes para que asistieran a charlas educativas y fueran diagnosticados por un grupo de especialistas conformado por Médico internista, Médico Familiar, Médico Alternativo, Psicología, Nutrición.

Con base a los resultados obtenidos: disminución de consultas de dicho pacientes, lo que se constató a través de un seguimiento individual a cada uno de los asistentes, se procedió a diseñar unos lineamientos generales para el posterior desarrollo por parte de la FOSCAL de un Programa de Atención Integral al Paciente Consultador Crónico. Esta experiencia, su descripción y resultados se presenta en un documento que abarca cinco capítulos: en el primer capítulo se realiza la descripción y justificación del problema y se planean los objetivos general y específicos del trabajo; en el segundo capítulo marco teórico, se establece la planeación y oferta de los servicios de salud en Colombia, se hace referencia al consultador crónico HPF como un problema de atención primaria en salud, se estudian los programas de atención integral en salud y al consultador crónico en la FOSCAL..

En el tercer capítulo, se formula la metodología, se define el universo y la población estudio, se formula el diseño general del estudio, el plan de recolección de datos y se establece la fundamentación del análisis estadístico.

² RODRÍGUEZ B. A. Intervención sobre los pacientes hiperutilizadores de atención primaria. Tesis Doctoral, 2006. Available from Internet: <URL: <http://hdl.handle.net/10481/1038>

En el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación obtenidos en el estudio de la estrategia de la Clínica, para definir la viabilidad o no del diseño de la propuesta del programa de atención integral del paciente consultor crónico.

En el quinto se elabora la discusión y en el sexto y séptimo respectivamente, se plantean las conclusiones y recomendaciones del trabajo.

Finalmente se presentan como anexo la tabla de recolección de datos y los lineamientos generales del programa de atención al consultador crónico.

1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los pacientes hiperfrecuentadores, policonsultantes, consultadores crónicos, que para efectos del trabajo, serán denominados (HPF), consumen grandes cantidades de recursos en forma de visitas y contactos con los profesionales de atención primaria (médicos, profesionales de enfermería y administrativos), pruebas complementarias, medicamentos y visitas al especialista. Estos pacientes suponen un gasto considerable para el sistema público de salud. De hecho, entre un 5% y un 10% de las consultas a un médico de atención primaria (porcentaje de HPF con respecto al total de atenciones del médico) consume un 30% de esfuerzo y tiempo de él³.

La mayoría de los estudios sobre el uso de los servicios de atención primaria se refieren a la intensidad de uso o tasa de utilización o frecuentación, cuya definición está dada por el número de veces que los pacientes acuden a la consulta en un determinado tiempo (visitas/paciente/año). En ocasiones, se puede discutir sobre si la utilización es adecuada o inadecuada; en un estudio de Sihvonen (Sihvonen M, 1990) el 50% de los médicos de los centros de salud de Finlandia percibieron que el 20% ó más de las visitas que recibieron en sus consultas, fueron innecesarias⁴. En un estudio de Von Korff se estimó que este tipo de pacientes en atención primaria pueden llegar a consumir hasta el 64% de los costos de atención en salud⁵.

³ GIRALDO, MH., RINCÓN, MH., URIBE, GE. y CARDONA, D., Op. cit., p.41-52

⁴ RODRÍGUEZ B. A.. Op cit.

⁵ GUARÍN J. V., LÓPEZ M., y ORTEGA. E. Pacientes Hiperfrecuentadores de atención primaria Hospital San Carlos Cañasgordas, E. S. E. Antioquia 2008-2009. Available from Internet: <URL www.remington.edu.co

En la Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lülle (FOSCAL), se ha detectado en los últimos años un aumento considerable en el número de atenciones en consulta externa en relación con la población capitada y por lo tanto se ha producido un aumento de costos en atención médica. Esto despertó gran interés sobre por qué se evidenciaba mayor consumo de recursos en la atención ambulatoria, encontrándose un gran porcentaje de usuarios que incurrían en visitas médicas de manera reiterativa.

Se realizaron varias revisiones buscando motivos médicos, perfiles de los usuarios HPF ó fallas en la atención, pero sin llegar a ningún tipo o planes de intervención. Por esta razón nació la necesidad de desarrollar una estrategia para captar a los pacientes consultadores crónicos, la cual fue implementada partir del año 2011 en una población inicial de 196 usuarios, que fueron contactados telefónicamente, para que asistieran a charlas educativas y fueran diagnosticados por un grupo de especialistas: Médico internista, Médico Familiar, Médico Alternativo, Psicología, Nutrición, generando una disminución del promedio de consulta de dicha población, tal como se observa en el capítulo 4. Por ello, esta investigación se convirtió en una experiencia que debe continuarse a través de un Programa de Atención que debe desarrollar la FOSCAL y para el cual se plantean los lineamientos generales del programa en atención integral del paciente consultor crónico, que se condensa en un documento anexo (Véase Anexo B).

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA REVISIÓN

En lo que respecta a la atención primaria en salud y los distintos factores y variables que influyen en el mal uso de esos servicios, se plantea la posibilidad que la percepción de malestar o de enfermedad es muchas veces lo que mueve al paciente a consultar de forma reiterada, adicional a esto las diversas características sociodemográficas del paciente, actúan como moduladores de dicha necesidad.

En la actualidad no se conocen programas de atención al paciente HPF, pero si propuestas para la reducción de los HPF. Algunas sugieren centrarse en resolver los problemas de éstos pacientes de una forma más individualizada; que de llevarse con éxito, tendría repercusiones no sólo en su salud, sino en la relación médico-paciente.

Bellón⁶ en sus publicaciones presenta una propuesta para reducción de los HPF de los servicios llamada 7HT+T (7 hipótesis + team), donde luego de evaluar a estos pacientes se plantean 7 hipótesis explicativas de la policonsulta y sus respectivos planes propuestos de mejora. Estas 7 hipótesis son: biológica, psicológica, social, familiar, cultural, administrativa organizativa y relacional; de esta manera se evalúa al paciente de una manera integral, lo que conlleva a la solución de su problema y disminución de las visitas médicas.

La idea de objetivar el número de pacientes HPF y sus diferentes características, permitirá hablar con propiedad de un problema que se reconoce como de alto impacto para el sistema, pero además permitirá a la institución hacerse cargo de una situación a la que como servicio de salud, tiene el deber moral de atender en forma integral. Así entonces, la necesidad de intervenir al consultador crónico de la FOSCAL, se origina luego del desarrollo de una estrategia de manejo e intervención al grupo de usuarios HPF, y de detectar las causas de la utilización frecuente de la consulta de medicina general como puerta de entrada al sistema.

El proponer los lineamientos generales de un programa para estos pacientes busca definir un plan de manejo integral de los mismos por parte de la FOSCAL, soportado por un equipo interdisciplinario que mediante estrategias individualizadas y grupales, a través de la educación, como herramienta fundamental para la prevención y control de complicaciones propias de su

⁶ BELLON, J.A., RODRIGUEZ-BAYÓN, A., LUNA, J.D., y Colaboradores. Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: randomised controlled trial. En: British Journal of General Practice, May 2008.

patología, se fomenta el autocuidado, con el fin de generar cambios positivos en la calidad de vida del paciente y disminuir los costos directos de la enfermedad. La propuesta del programa tiene como punto de referencia la estrategia implementada por la FOSCAL desde el año 2011, con el grupo de afiliados que acuden a ella, pertenecientes a la Nueva EPS, catalogados como usuarios HPF.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General. Diseñar lineamientos generales para la propuesta de un programa de atención integral al paciente consultador crónico de la FOSCAL, a partir del análisis de resultados obtenidos luego de la implementación de una estrategia de captación e intervención a dichos pacientes.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar los usuarios capitados considerados consultadores crónicos de la consulta de medicina general de la FOSCAL.

- Evaluar la estrategia de captación e intervención implementada en los usuarios identificados consultadores crónicos en la FOSCAL de enero 2011 a diciembre 2012.

- Socializar los lineamientos generales del Programa de Atención Integral del paciente capitado consultador crónico de la FOSCAL.

2. MARCO TEÓRICO

Para el desarrollo del marco teórico y como estrategia facilitadora del proceso de análisis que se lleva a cabo con el presente documento, se han determinado cuatro aspectos básicos de importancia considerados como los ejes fundamentales de la monografía, que son: Planeación y oferta de los servicios de salud en Colombia; Consultador crónico ó HPF, un problema de atención primaria en salud; Programa de Atención Integral en Salud y estrategia de atención al consultador crónico en la FOSCAL.

2.1 PLANEACION Y OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, creado mediante la Ley 100 de 1993 y con algunas modificaciones a través de los años, ha separado las funciones de aseguramiento y administración de los recursos financieros de la prestación de los servicios de salud; cuenta con dos regímenes: el contributivo de obligatoria afiliación, para quienes son empleados o tienen capacidad de pago y el subsidiado, para la población pobre a quienes se les garantiza los servicios con recursos principalmente provenientes del Estado.

La población afiliada al régimen contributivo se estimó para 2008 en 17.234.265 y para el régimen subsidiado en 22.485.211; hay además regímenes exceptuados (fuerzas militares y magisterio) que cubren en aseguramiento a 1.910.351 personas. Con el objeto de garantizar los beneficios establecidos por el Sistema, se han realizado esfuerzos para asegurar la calidad de los servicios de la red pública y privada. Ello ha generado el reforzamiento estructural y técnico de instalaciones y la consecuente habilitación de 59.841 prestadores, así como la acreditación de 14 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y 2.050

IPS y 62 Entidades Promotoras de Salud (EPS) en implementación del Sistema de Información para la Calidad⁷.

En el régimen contributivo las EPS, realizan los procesos de aseguramiento, mediante el recaudo de las cotizaciones que garantizan un paquete de servicios, Plan Obligatorio de Salud (POS), que se presta a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), ya sean contratadas o propias (integración vertical). Para financiar los costos de la prestación de servicios, las EPS reciben del FOSYGA, la llamada Unidad de Pago por Capitación (UPC), que es una asignación per cápita garantizada, ajustada según la edad, sexo y regiones geográficas de la población afiliada a cada EPS, que además es ajustada acorde con los contenidos que sean ingresados al POS.

Si bien el aseguramiento es la puerta de entrada al sistema, no menos importante resultan los procesos que se requieren para garantizar adecuadas prestaciones de servicios y la atención de las necesidades en salud dado que en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), hace parte de alguno de los dos regímenes, provee a las personas, del derecho a demandar servicios de carácter individual contenidos en el POS.

De acuerdo con las normas nacionales, un usuario consulta normalmente al médico general en promedio dos veces por año⁸, exceptuando cuando se trate de casos de urgencia o para inscritos en programas de promoción y prevención. El usuario realmente no tiene límites sobre el número de consultas al año. Aunque la Resolución 5261 de 1994, establece esta frecuencia, ninguna EPS puede usar esta referencia para limitar el número de consultas de un afiliado en el año.

⁷ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Perfil de los Sistemas de Salud en Colombia. 2009. Available from Internet: <URL:http://: www.paho.org/col/

⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 5261 de 1994 por el cual se adopta el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud. Bogotá: El Ministerio, 1994.

Según informe de la Superintendencia de Salud (SUPERSALUD), en el año 2008 las EPS Humana Vivir, Solsalud, Nueva EPS, Famisanar y Salud Colombia presentaban alrededor del 50% de su costo médico bajo la modalidad de contrato de capitación en el régimen contributivo. Y de las nueve EPS que reportaron datos, las frecuencias de uso de consulta y evaluación médica general para el régimen contributivo presentó una frecuencia de 4 a 5 veces en el año, y el costo unitario ponderado fue de 25.309 pesos por consulta. El costo médico de los regímenes contributivo y subsidiado se concentra en primer lugar en la atención de las consulta externas representadas en el 30% del costo total⁹. Según estos indicadores presentados a nivel nacional, año a año indican que el aumento en la demanda de los servicios de salud en atención primaria, acrecienta los costos dentro de las diferentes instituciones de salud.

En la actualidad según contratación con la EPS capitada con la FOSCAL presenta como exigencia mínima un promedio de 2.4 consultas paciente año.

Es importante conocer la utilización de los servicios de salud para su planificación y evaluación; existen distintos factores y variables que influyen en el mal uso de la consulta médica general, la entrega de medicamentos en la farmacia, la que tiene relación con el usuario, la relacionada con los profesionales que suministran la atención de salud, el entorno familiar del usuario y un área dependiente de la organización del servicio de salud¹⁰.

⁹ SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (SUPERSALUD). Costos de servicios en Salud año 2008. Available from internet: <URL: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=15m4CXWQvkc%3D&tabid=59&mid=1288>

¹⁰ INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL. Monitoria de evaluación del desempeño médico en la consulta médica ambulatoria. Manual de Calidad del Seguro Social, 2001. Available from internet: <URL:http://www.iss.gov.co/portal/downloads/UserFiles/File/.../monitoria_de_evaluacion_del_desempeno_medico_med.doc

El sistema único de acreditación¹¹ incluye en su estándar asistencial 48, la importancia de contar con una definición interna de lo que constituye un paciente consultador crónico, de igual forma tener procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación. En la evaluación de este estándar de calidad se tiene en cuenta que la organización garantice que el personal asistencial conozca la definición y el proceso determinado para el control de los pacientes HPF siempre priorizando la seguridad del paciente.

2.2 CONSULTADOR CRONICO Ó HPF, UN PROBLEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

En la atención en salud se pueden identificar pacientes que acuden recurrentemente a la consulta externa de medicina general, conocidos como pacientes HPF. Al no existir una definición de este concepto cada investigador le da un significado diferente y dependiendo de la influencia sociodemográficas y políticas de cada país y/o región, por ejemplo Montano y otros (2005) lo define como pacientes que acuden a consulta médica 15 o más veces en un año¹². Los autores Gil y otros (2005) definen a los HPF como aquellas personas que superaron la media de consultas más 1 desviación estándar en un período de tiempo determinado¹³.

¹¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario. Colombia. Versión 03. Bogotá, Colombia. Octubre de 2011. Available from Internet: http://www.metrosalud.gov.co/intra-joomla/images/Manual_de_Acreditacion_en_Salud_Ambulatorio_y_Hospitalario_Colombia_1.pdf

¹² MONTANO, E., GONZALES, N., MARTÍN, E., PELÁEZ, C., MORSO, P. y ROMERO, C. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. En: Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005. N° 7, p.39-43.

¹³ GIL, V., OROZCO, D. y TAPIA, C. (2005). Factores asociados a hiperfrecuentación en consultas de pediatría de atención primaria. En: Revista Salud Pública Atención Primaria, 2005. N° 36, p. 167-168

El Instituto de Seguros Sociales ISS en el año 2009 realizó un estudio de su población llamado “Monitoria del Paciente Consultador Crónico”, con un análisis de 936.145 consultas, donde se evidenció un indicador de uso de más de cuatro consultas en el período de septiembre a octubre de 2009, se tomó una muestra correspondiente al 11.3% del total de los casos evaluados y se determinó que cuando los usuarios consultan siete o más veces en el año, reciben el nombre de “hiperfrecuentador”. El 20,1 % de los pacientes han generado el 43,5 % de las consultas¹⁴.

El paciente que acude con gran frecuencia a la consulta no tiene por qué ser un problema, pero a menudo lo es. La mayoría de ellos presentan multitud de motivos de consulta, más o menos cambiantes, frecuentemente de poca importancia, exceptuando aquellos que acuden motivados por problemas crónicos e incapacitantes.

Los HPF tienen diferentes características que no siempre coinciden en cada uno de ellos, pero tal vez compartan numerosas enfermedades físicas, psíquicas y problemas sociales. Esto ha sido tema de múltiples estudios, todos con el fin de encontrar el perfil del paciente HPF y su respectiva intervención. Bellón JA. quien se ha preocupado por estudiar las características de los pacientes HPF y su afectación en la atención primaria en salud; en sus diferentes publicaciones menciona que los factores psicosociales son determinantes en la hiperutilización, incluso más que los factores físicos¹⁵.

El campo de estudio de los HPF en la Atención Primaria de Salud es relativamente amplio y puede trabajarse desde diferentes ángulos (social, psicológico,

¹⁴ INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL. Monitoria de evaluación del desempeño médico en la consulta médica ambulatoria. Op. cit.

¹⁵ BELLÓN, J.A. y RODRIGUEZ A. ¿Qué hay de cierto en que se puede reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores? En: Revista Atención Primaria. 2008; Vol. 40, Nº 12, p. 591-3.

enfermedades crónicas, aspectos organizativos, relación médico-paciente, etc.). Para las diferentes intervenciones o estrategias de manejo se debe como primera medida conocer el perfil del grupo HPF, características demográficas y sociales, motivos de consulta, etc. En un estudio de casos y controles recientemente realizado en Barcelona se encontró que El 69% de los HPF presentaban elevada probabilidad de ansiedad en frente del 33,3% de los no HPF. Los resultados indicaron que el 8,3% de los HPF presentaban disfunción familiar severa en frente del 5,2% de los no HPF¹⁶. Este fenómeno de salud puede ser explicado en parte debido a que los pacientes con problemas psicológicos experimentan una mayor presencia de síntomas físicos.

En otro estudio realizado también por investigadores españoles, se describe la estrecha relación que tiene la policonsulta con el estado psicológico y social de los pacientes, y cómo dichas dimensiones condicionan el uso inapropiado de los servicios de salud. Las variables sociodemográficas estudiadas muestran que el paciente HPF es por lo general de sexo femenino, adulto mayor (38% entre los 45-64 años), con educación básica incompleta (60%) y sin actividad económica activa; pensionados (31%) y dueñas de casa (26%). Respecto a su estado civil, por lo general están casados (70%) o viudos (12%), y de acuerdo a la estructura familiar, las disfunciones familiares representan el 19%. En cuanto a la morbilidad general es común encontrar en estos pacientes los problemas de salud mental, digestivos y de aparato locomotor, siendo más frecuente los problemas de aparato locomotor con un 45%¹⁷.

¹⁶ CALVO, V (2011). Factores sociales asociados a la hiperfrecuentación en centros de atención primaria de salud: un estudio desde el trabajo social sanitario. Trabajo Social Global, 2011. Vol. 2 Nº 1, p. 116-142

¹⁷ BÁEZ, K., ALARZAGUENA, J., GRANDES, G., PEDRERO, E., ARANGUREN, J. y RETOLAZA, A. (1998). Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study En: British Journal of General Practice. Vol. 437, p.1824-1827.

Los diferentes estudios confirman que las estrategias de intervención al paciente HPF deben estar encaminadas a dar respuesta a su parte biomédica y a la complejidad psicosocial que rodea a estos pacientes, esto mostrará una reducción del número de consultas de manera notoria¹⁸. Las intervenciones deben tener en cuenta tanto la parte cognitiva como la emocional con una atención integral.

2.3 PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD

Los programas de salud generalmente tienen como objetivo desarrollar y ejecutar un plan de salud definido según la problemática, tipo de población, patologías, etc., para cumplir objetivos precisos y bien definidos en torno a uno o varios problemas afines y se aplican los procedimientos para ejecutar las acciones con esa finalidad.

Están localizados en los principales ámbitos donde se desarrolla la educación para la salud: familia, escuela, centros de trabajo, centros de asistencia primaria, hospitales y farmacias. Los programas pueden estar diseñados para la población general en su conjunto, o bien para colectivos específicos que forman parte de esta población, como por ejemplo niños, mujeres, adolescentes o personas mayores.

La gestión de los servicios de salud se desarrolla con base en el direccionamiento estratégico de la institución y el plan de desarrollo a través de los cuales se determina el foco y la ruta hacia donde se debe encaminar la institución para lograrlo, el equipo directivo utiliza 3 elementos de importancia en la administración que son los planes, programas y proyectos que contienen las líneas estratégicas que sirven de guías para el canalizar los recursos y buscar el logro de los objetivos

¹⁸ BELLON, J.A., RODRIGUEZ-BAYÓN, A., LUNA, J.D, y Colaboradores. Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: radomised controlled trial. Op. cit..

trazados. Existen diferencias entre estos tres elementos, las cuales se describen a continuación¹⁹:

- **El PLAN:** Es el máximo nivel de organización para una actuación en educación para la salud. Debido a su importancia, el diseño debe elaborarse muy cuidadosamente, pues se dirige a un gran número de personas y, además, suele durar varios años. Un buen ejemplo de ello es el Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol que realizó la OMS para Europa de 2000 a 2005, y que iba dirigido a disminuir el daño causado por el alcohol sobre todo en la población juvenil, y en el que se aconsejaba a los países de la Unión Europea que formularan políticas nacionales sobre el alcohol y que establecieran los correspondientes programas.
- **PROGRAMA:** Es el segundo nivel de organización, y consiste en el conjunto estructurado e integrado de estrategias que forman parte de un mismo plan. Un programa es una actuación más concreta que un plan, con unos objetivos más definidos, y de una duración más corta. Varios programas pueden formar un Plan.
- **PROYECTO:** Es el nivel más básico y concreto dentro de la planificación, Dependiendo de las características del proyecto, participarán en él más o menos personas, habrá unos recursos determinados y tendrá una cierta duración. Pero en todos los casos, para llevarlo a cabo, será necesario seguir una serie de pasos (diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).

2.4 CONSULTADOR CRONICO EN LA FOSCAL

La Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lülle (FOSCAL), Institución Prestadora de Salud de Santander, en la unidad de servicios capitados que presta sus servicios a los pacientes de Nueva EPS, recientemente inició una estrategia de Atención para el Consultador Crónico, que se originó de la necesidad de detectar los usuarios HPF y las causas de la utilización frecuente de la consulta de medicina general como puerta de entrada al sistema, para

¹⁹ MAC. GRAW HILL. Programas de Educación para la Salud. Unidad 3. Available from Internet. <URL: <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176324.pdf>

corregirlas de manera racional y pertinente mediante la oferta de servicios que den respuesta a las necesidades del usuario.

La capitación actual de esta institución como se mencionó anteriormente son los usuarios afiliados a Nueva EPS, quienes en su mayoría antes afiliados al ISS, se dio continuidad a la definición de consultador crónico estipulada por esta institución, es decir, se clasificó como paciente HPF a todo usuario mayor de 18 años que asista a consulta de medicina general más de 7 veces en un período de 12 meses, excluyendo controles de promoción y prevención y/o programas especiales (hipertensión arterial, diabetes y nefroprotección).

Dicha estrategia se determinó luego de evaluar el número de usuarios que cumplían con la definición de consultador crónico y su implementación en los usuarios objeto de estudio se dio a partir de enero de 2011. Esta estrategia de captación e intervención se llevó a cabo, inicialmente para el año 2001, con un total de 196 usuarios, luego de la evaluación de la historia clínica en un comité interdisciplinario conformado por Médico Internista, Médico Familiar, Médico especialista en medicinas Alternativas, Psicología y coordinador del programa que definió para cada paciente un esquema de manejo integral soportado por intervenciones de las especialidades adscritas al programa, complementado con charlas educativas mensuales por parte de psicología y medicina alternativa.

Luego de iniciada la implementación de la estrategia de intervención al consultador crónico, se hizo necesario evaluar y analizar los resultados obtenidos, con el fin de establecer y proponer lineamientos generales para la creación de un programa oficial de atención integral para el paciente consultador crónico y poder disminuir la hiperutilización de los servicios ambulatorios de manera innecesaria, y así brindar educación y atención médica apropiada e integral a todos los usuarios de la institución con optimización de los recursos.

3. METODOLOGÍA

3.1 UNIVERSO

Como universo se tomó a todo paciente mayor de 18 años, en cuyos registros de historia clínica se encontraran 7 consultas o más a medicina general, exceptuando consultas de programas de promoción y prevención y programas especiales, realizados en un plazo no superior a 12 meses.

3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

3.2.1 Criterios de inclusión. Son criterios de inclusión:

- Todo usuario adscrito a la FOSCAL, cobijado por contrato de EPS con servicios capitados, que haya consultado al servicio de medicina general siete veces o más en un período de doce meses, (2010) y que acepte la estrategia de intervención.

3.2.2 Criterios de exclusión. Se consideran criterios de exclusión:

- Paciente con 7 o más consultas consignadas en las historias clínicas relacionadas al control de una patología de base específica HTA, DM, nefroprotección (programas especiales), programas de Prevención y Promoción (P y P), control prenatal o que por cuestiones administrativas tenga reingresos.

3.2.3 Pacientes que no participaron en la estrategia de captación e intervención. Fueron Paciente que cumple con criterios de inclusión pero no acepta asistir a charlas educativas y la intervención de los especialistas

3.2.4 Pacientes que abandonaron la estrategia de captación e intervención

- No asistencia a charlas educativas: talleres y/o conferencias en todo el año.
- No cumplimiento a por lo menos tres citas médicas continuas que le hayan sido debidamente programadas.

3.3 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

El diseño empleado en este estudio fue: descriptivo, de tipo retrospectivo. Los autores Argimon, J. y Jiménez, J. (2000)²⁰, expresan que el estudio descriptivo no se enfoca en la búsqueda de una causa-efecto, sino que estudia las variables en condiciones naturales, sin intervención del investigador, es transversal, por el estudio de las características de una población definida en un momento dado. Es observacional, porque se analizan determinadas variables, sin ejercer control directo sobre el factor de estudio. Finalmente es retrospectivo, ya que se estudia un hecho pasado y con acceso a datos archivados de los sujetos de estudio.

3.4 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

Durante la implementación de la estrategia de captación e intervención de pacientes, se consignó en documentos información sobre las historias clínicas de los pacientes que según estadística anual presentaban los criterios de paciente HPF. Se realizó una revisión de la base de datos suministrada por la clínica que contenía 851 usuarios con más de 7 consultas en el tiempo determinado para el estudio. Posteriormente se filtró la información eliminando aquellas consultas de programas de promoción y prevención; se obtuvo como muestra final un número de 242 pacientes HPF que cumplían todos los criterios de inclusión y exclusión.

²⁰ ARGIMON, J. y JIMÉNEZ, J. Métodos de investigación. Clínica y epidemiológica. Madrid, España: Harcourt, 2000. p.15-18.

De este grupo 196 usuarios aceptaron hacer parte la estrategia de captación e intervención de pacientes y los 46 restantes no participaron por decisión de cada uno.

Para esta monografía se obtuvo autorización por parte de la unidad de servicios capitados de la Clínica Carlos Ardilla Lulle (FOSCAL) para acceder a la información registrada de cada uno de los pacientes seleccionados y a quienes se les aplicó la estrategia de captación e intervención.

Para este fin se utilizó una tabla en el programa Excel donde se registraron los datos de los pacientes que hicieron parte la estrategia de captación e intervención de pacientes, como: nombre, documento de identidad, edad, teléfono, género, número de consultas en el año 2010, 2011 y 2012; diagnóstico principal (relacionado con pacientes HPF), diagnóstico secundario, diagnóstico relacionado a salud mental y emocional; y especialidad tratante. (Véase Anexo A. Formato de recolección de datos)

3.5 ANALISIS ESTADISTICO

Se analizaron las variables según su naturaleza, mediante medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y proporciones para las variables cualitativas. Se presentaran los datos de manera digital en tablas y de manera análoga en gráficos de barras, histogramas según fuera pertinente.

4. RESULTADOS:

La estrategia para la captación e intervención a pacientes HPF, fue desarrollada en la FOSCAL durante dos años en el lapso comprendido entre enero de 2011 a Diciembre de 2012.

Dichos pacientes fueron contactados telefónicamente para que asistieran a charlas educativas grupales y recibieran la intervención de un grupo de especialistas: conformado por Médico internista, Médico Familiar, Médico Alternativo, Psicología, Nutrición.

Dentro de los datos obtenidos el total de pacientes que cumplían criterios de inclusión eran 242, de los cuales 46 no pudieron ser contactados inicialmente, ó no aceptaron ingreso a la estrategia de captación e intervención, ó manifestaron su negativa para hacer parte de la estrategia de captación e intervención; este grupo presentó un promedio general de número de consultas en el primer año de 9,3; en los dos años siguientes se observó una leve disminución pero continuaron siendo consultadores crónicos con un promedio de consulta de 7,5. (Véase Cuadro 1).

En el Cuadro 1 se presenta la comparación entre los pacientes que hicieron parte de la estrategia de captación e intervención y los que no hicieron parte, en cuanto a promedio de consultas en los tres años.

Cuadro 1. Datos Pacientes que participaron de la estrategia de captación e intervención, y los que no participaron. Promedio de consultas por año 2010-2012

Participación de pacientes	Año 2010		Año 2011		Año 2012	
	Nº de consultas	Promedio	Nº de consultas	Promedio	Nº de consultas	Promedio
Pacientes que participaron de la estrategia de captación e intervención n1= 196	2.280	11,7	1.349	6,8	987	4,7
Pacientes que no participaron de la estrategia de captación e intervención n2= 46	428	9,3	372	8,09	346	7,5

Fuente: FOSCAL. Información obtenida de pacientes participantes y no participantes. Aplicación instrumento. Bucaramanga, 2010 a 2012.

❖ **Datos pacientes que participaron de la estrategia de captación e intervención.** Se tomó un grupo de 196 pacientes que hicieron parte de la estrategia de captación e intervención y durante el tiempo de observación: dos años, solo cuatro pacientes lo abandonaron, un 2,04%. Los pacientes que participaron, presentaron las siguientes características: en el año 2010 se presentaron 2.280 consultas en el año con un promedio de 11,7 consultas por paciente, luego de iniciada la estrategia de intervención este promedio disminuyó a 6,8 en el año 2011 y en el último año 2012 a 4,7. (Véase Cuadro 2)

Cuadro 2. Promedio de Consultas General. Años 2010 a 2012.

Consultas	Años		
	2010	2011	2012
Número total de consulta año	2.280	1.349	987
Promedio	11,7	6,8	4,7

Fuente: FOSCAL. Información obtenida de pacientes participantes y no participantes. Aplicación instrumento. Bucaramanga, 2010 a 2012.

La prevalencia de edad estaba entre las edades 46 y 65 años con un 57,65% (Véase Cuadro 3) teniendo en cuenta la clasificación de grupos etarios según el ciclo vital.

Cuadro 3. Grupo etáreo general. Años 2010 a 2012

Edades	Usuarios	Porcentaje (%)
Adulto joven (18 – 45)	34	17,35
Adulto medio (46 – 65)	113	57,65
Adulto mayor (> 66)	49	25
TOTAL	196	100%

Fuente: FOSCAL. Información obtenida de pacientes participantes y no participantes. Aplicación instrumento. Bucaramanga, 2010 a 2012.

Además se evidenció en su gran mayoría el género femenino representando el 79% de la población estudiada (Véase Cuadro 4).

Cuadro 4. Pacientes según Género. Años 2010 a 2012

Género	Usuarios	Porcentaje (%)
Femenino	155	79
Masculino	41	21
TOTAL	196	100%

Fuente: FOSCAL. Información obtenida de pacientes participantes y no participantes. Aplicación instrumento. Bucaramanga, 2010 a 2012.

Y según género y edades el grupo más numeroso son las mujeres de edad media: 46-65 años, con un 47,4%. (Véase Cuadro 5)

Cuadro 5. Grupo etáreo y género

Niveles de edad	F		M		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18-45	24	12,3	10	5,1	34	17,3
46-65	93	47,4	20	10,2	113	57,7
>66	38	19,4	11	5,6	49	25
TOTAL	155	79,1	41	20,9	196	100

Fuente: FOSCAL. Información obtenida de pacientes participantes y no participantes. Aplicación instrumento. Bucaramanga, 2010 a 2012.

Al analizar los resultados, según grupos de edades y el promedio de consultas año, se encontró que al momento de ingreso a la estrategia de captación e intervención el promedio de consultas por paciente no presentaba mayor diferencias entre las edades, pero si se observó mayor disminución de consultas en el primer año de desarrollo de la estrategia de captación e intervención en los adultos medios, pero en el año 2012 a pesar de continuar disminuyendo el número de consultas por paciente el porcentaje no fue tan significativo.

Para los adultos jóvenes (18-45 años) y mayores (< 66 años), el porcentaje de disminución fue constante. (Cuadro 6 y Figura 1)

Cuadro 6. Promedio consultas y edad. Años 2010 a 2012

Edad	Nº de consultas			Promedio				
	2010	2011	2012	2010	2011		2012	
				Promedio	Promedio	% Disminución	Promedio	% Disminución
18-45	387	239	150	11,4	7,1	37,7%	4,5	36,7%
46-65	1.323	752	606	11,8	6,7	43,2%	5,4	19,4%
>66	570	358	231	11,6	7,4	36,2%	4,7	36,5%
TOTAL	2.280	1.349	987	11,7	6,8	41,8%	4,8	28%

Fuente: FOSCAL. Información obtenida de pacientes participantes y no participantes. Aplicación instrumento. Bucaramanga, 2010 a 2012.

Figura 1. Promedio de Consultas año por Edad. Años 2010 a 2012



Fuente: FOSCAL. Información obtenida de pacientes participantes y no participantes. Aplicación instrumento. Bucaramanga, 2010 a 2012.

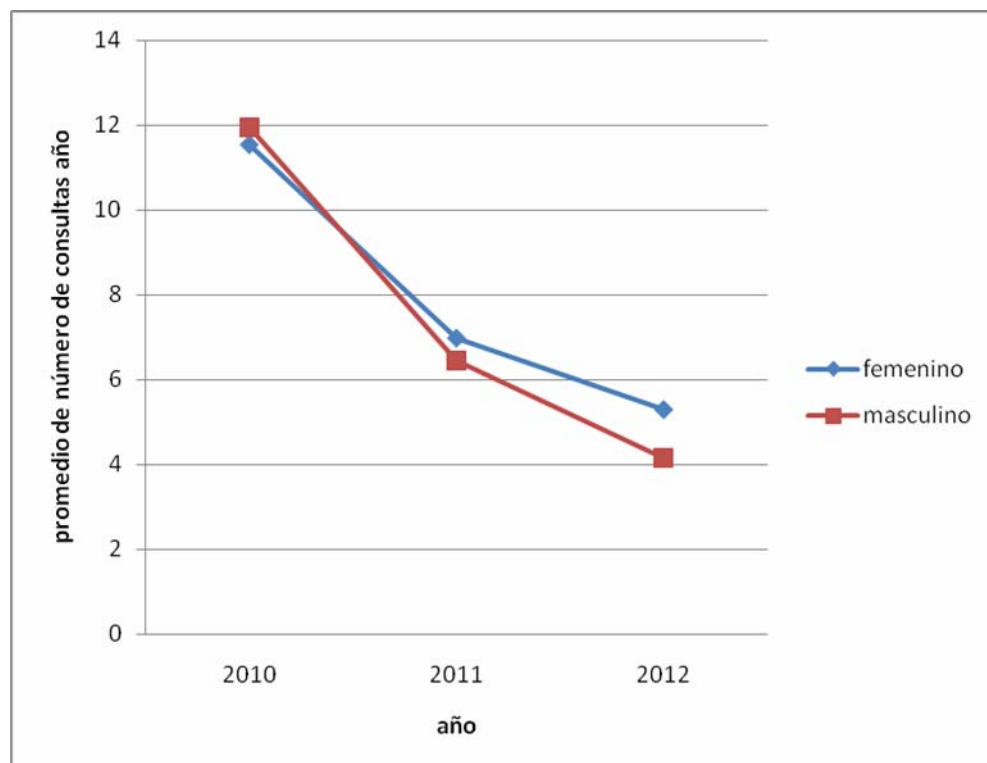
Según el género, se presentó similar promedio de consultas en el 2010 entre los dos grupos pero se observó mayor impacto en el género masculino con una disminución del 46% de las consultas en el 2011 y 35,7% en el 2012. (Véase Cuadro 7 y Figura 2).

Cuadro 7. Promedio Consultas y Género. Años 2010 a 2012

Género	Nº de consultas			Promedio				
	2010	2011	2012	2010	2011		2012	
				Promedio	Promedio	% Disminución	Promedio	% Disminución
Femenino	1782	1079	814	11,49	6,97	39,5	5,25	24,1
Masculino	498	270	173	12,14	6,59	46,0	4,22	35,7
TOTAL	2.280	1.349	987	11,7	6,8	42,9	4,7	29,9

Fuente: FOSCAL. Información obtenida de pacientes participantes y no participantes. Aplicación instrumento. Bucaramanga, 2010 a 2012.

Figura 2. Promedio de consultas año según género



Fuente: FOSCAL. Información obtenida de pacientes participantes y no participantes. Aplicación instrumento. Bucaramanga, 2010 a 2012.

Según los hallazgos, teniendo en cuenta que los usuarios presentaban en ocasiones más de un motivo de consulta frecuente, se evidenció que los dolores de columna vertebral (cervicalgia, dorsalgia y lumbalgia) se presentaron con un 21,9% de frecuencia, seguido del colon irritable con un 21.4%.

Se resalta que por cada 3 pacientes había uno con algún diagnóstico mental o emocional (Depresión y/o ansiedad). (Véase Cuadro 8).

Cuadro 8. Diagnósticos

Diagnóstico	Número consultas	Porcentaje (%)
Artrosis y osteoporosis	21	10,7
Mialgias y artralgias	17	8,7
Colon irritable	42	21,4
Enfermedad Acido péptica	25	12,8
Dolores Columna vertebral	43	21,9
Cefalea	22	11,2
Vértigo	18	9,2
Otros	5	2,6
Hipotiroidismo	15	7,7
Ansiedad	23	11,7
Depresión y ansiedad	38	19,4

Fuente: FOSCAL. Información obtenida de pacientes participantes y no participantes. Aplicación instrumento. Bucaramanga, 2010 a 2012.

5. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que el promedio normal establecido para consultas de medicina general es de 2 visitas al año y que por contratación con la EPS capitada en la institución se acordó un promedio de 2.5 consultas al año, en el presente estudio se encuentra que, según se expresa en el Cuadro 1, los pacientes HPF consultaron en promedio 11,7 veces durante el año 2010, luego del inicio de la estrategia de intervención se presentó una reducción en promedio de consultas a 6.8 en el primer año (2011) y continuo disminuyendo a 4.7 en el segundo.

Los pacientes no intervenidos al momento del inicio del estudio tenían un promedio de consulta de 9.3, se evidenció disminución en el promedio de consultas en los dos años siguientes (8,09 y 7,5 respectivamente) pero continuaron en valores considerados como pacientes HPF.

A continuación se presenta el análisis del perfil de los pacientes HPF intervenido.

Para el análisis de la edad se utilizaron los grupos etáreos definidos según ciclo vital, encontrando los siguientes resultados: La edad promedio de consulta se presenta en los adultos medios con un porcentaje de 57,65% coincidiendo con los diferentes estudios antes presentados y una edad promedio general de 57.1 años.

Se observó al iniciar la intervención mayor disminución en los pacientes de edad media con un 43,2% en el número de consultas en el año 2011, pero a pesar de continuar disminuyendo en el 2012 pero no fue constante sólo disminuyó en un 19,4%. Por el contrario los pacientes adultos jóvenes y los adultos mayores presentaron un porcentaje de disminución similar en los dos años.

Respecto al género, la mayoría de los estudios indican que son las mujeres las que más demandan servicios de salud. En el presente estudio se encontró una

razón de mujer/hombre de 3.8. Pero al revisar el promedio de consultas por género no muestra diferencia entre los dos grupos. Pero esta diferencia luego se hace evidente después del inicio de la intervención, pues se observó mayor disminución del promedio de consultas en hombres que en mujeres, en el 2011 el porcentaje de disminución en los hombres fue de 46 % y en las mujeres de 39,5; y en el año 2012 en los hombres disminuyó en un 35,7 % en el número de consultas y en las mujeres solo disminuyó un 24,1%.

En cuanto a los motivos de consulta y diagnósticos frecuentes en este grupo de pacientes se evidenció como el más prevalente los dolores de columna vertebral (cervicalgia, dorsalgia y lumbalgia) con un porcentaje de 21.9%, seguido del colon irritable 21.4% y trastornos depresivos con 19.4%. Llama la atención que uno de los motivos de consulta frecuente y que no hace parte de lo reportado en literatura mundial sobre característica de paciente HPF es el control de HIPOTIROIDISMO, este diagnóstico se presentó en un 7,7 % de los pacientes HPF, algunos de ellos por no control de sus síntomas asociados o por comorbilidades sumadas a su patología tiroidea de base.

6. CONCLUSIONES

- Con la aplicación de la estrategia en sus diferentes intervenciones produjo una reducción notable en el número de consultas en los usuarios HPF, arrojando un balance positivo en estos pacientes.
- Según lo indicado en los resultados se presentó un muy bajo porcentaje de usuarios que fueron eliminados del proyecto, con base en ese hallazgo se pudo deducir que la estrategia tuvo acogida por parte de los usuarios, por lo que se obtuvo el resultado esperado, el cual fue la buena adherencia y disminución de las consultas.
- Los pacientes HPF de la institución en su mayoría se encontraron entre los adultos de edad medio y de género femenino.
- Los resultados obtenidos fueron producto de la evaluación retrospectiva, en los años anteriores, no se realizaron mediciones periódicas permanentes, ya que la estrategia no contaba con un tablero de control, lo que no permitió un análisis más detallado del impacto.

7. RECOMENDACIONES

Véase Anexo B. Modelo de Programa de Atención Integral Consultador Crónico.

BIBLIOGRAFIA

ARGIMON, J. y JIMÉNEZ, J. Métodos de investigación. Clínica y epidemiológica. Madrid, España: Harcourt, 2000. p. 15-18.

BÁEZ, K., ALARZAGUENA, J., GRANDES, G., PEDRERO, E., ARANGUREN, J. y RETOLAZA, A. (1998). Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study En: British Journal of General Practice. Vol. 437, p.1824-1827.

BELLON, J.A., RODRIGUEZ-BAYÓN, A., LUNA, J,D, y Colaboradores. Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: radomised controlled trial. En: British Journal of General Practice, May 2008.

BELLÓN, J.A. y RODRIGUEZ A. ¿Qué hay de cierto en que se puede reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores? En: Revista Atención Primaria. 2008; Vol. 40, N° 12, p. 591-3.

CALVO, V. Factores sociales asociados a la hiperfrecuentación en centros de atención primaria de salud: un estudio desde el trabajo social sanitario. Trabajo Social Global, 2011. Vol. 2 N° 1, p. 116-142

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario. Colombia. Versión 03. Bogotá, Colombia. Octubre de 2011. Available from Internet: <http://www.metrosalud.gov.co/intra-joomla/images/ManualdeAcreditacionenSaludAmbulatorioyHospitalarioColombia1.pdf>

------. Resolución 5261 de 1994 por el cual se adopta el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud. Bogotá: El Ministerio, 1994.

GIL, M., LUCIANO, J., y otros. Mental Disorders among Frequent attenders in Primary Care: A comparision with Routine Attenders. En: The Journal of Nervous and Mental Disease. 2011. Vol. 199, N°10.

GIRALDO, MH., RINCÓN, MH., URIBE, GE. y CARDONA, D. Costos de la atención en salud en pacientes hiperfrecuentadores de tres centros de salud. Medellín, 2007-2008. En: Revista Salud Pública de Medellín, 2010. vol. 4, N° 2, p. 41-52

GUARÍN J. V., LÓPEZ M., y ORTEGA. E. Pacientes Hiperfrecuentadores de atención primaria Hospital San Carlos Cañasgordas, E. S. E. Antioquia 2008-2009. Available from Internet: <URL:<http://www.remington.edu.co>

INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL. Monitoria de evaluación del desempeño médico en la consulta médica ambulatoria. Manual de Calidad del Seguro Social, 2001. Available from internet: <URL:http://www.iss.gov.co/portal/downloads/UserFiles/File/.../monitoria_de_evaluacion_del_desempeno_medico_med.doc>

LUCIANO, J., FERNANDEZ A., PINTO-MEZA A, et al. Frequent attendance in Primary care: Comparison and implications of different definitions. En: British Journal of General practice. Feb. 2010. Vol. 60, Nº 1, p. 571.

MAC. GRAW HILL. Programas de Educación para la Salud. Unidad 3. Available from Internet. <URL: <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176324.pdf>>

MONTANO, E., GONZALES, N., MARTÍN, E., PELÁEZ, C., MORSO, P. y ROMERO, C. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. En: Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005. Nº 7, p.39-43.

GIL, V., OROZCO, D. y TAPIA, C. Factores asociados a hiperfrecuentación en consultas de pediatría de atención primaria. En: Atención primaria, 2005. Vol. 36, Nº 1. p. 167-168.

MONTERO, E. Marco Conceptual para la evaluación de programas de Salud. Población y Salud en Mesoamérica. En: Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2004. Vol 1, Nº 2, Art. 6.

MORRIS, R., KAI, J, et al. Persistent Frequent attenders in Primary care: Costs, reason for attendance, organization of care and potential for cognitive behavioural therapeutic intervention. En: BMC family practice, 2012. Vol. 13, Nº 1. p. 39.

NEAL, R.D, HEYWOOD, P.L, MORLEY, S., CLAYDEN, A.D, y DOWELL, A.C. Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons. (online). Sept. 2000. En: The British Journal of General Practice. Vol. 50, Nº 458; p.716-723

NORTON, Joanna y otros. Frequent attendance in family practice and common mental disorders in an open access health care system. En: Journal of Psychosomatic Research, 2012. Vol. 72, p. 413-418

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Perfil de los Sistemas de Salud en Colombia. 2009. Available from Internet: <URL:<http://www.paho.org/col/>>

RODRÍGUEZ B. A. Intervención sobre los pacientes hiperutilizadores de atención primaria. Tesis Doctoral, 2006. Available from Internet: <URL: <http://hdl.handle.net/10481/1038>>

SMITS, Frans y BROUWERS, Henk. Epidemiology of Frequent attenders: a 3-years historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. En: BMC public Health. 2009, Vol. 9, N° 1, p. 36.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (SUPERSALUD). Costos de servicios en Salud año 2008. Available from internet: <URL. <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=15m4CXWQvkc%3D&tabid=59&mid=1288>

TUOMAS, Heikki, OLLI, Pekka, ERKKI J, Soini. Risk factor of persistent frequent use of the Primary health care services among frequent attenders. En: Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2010. Vol. 28, N° 1, p. 55-61.

Anexo A. Tabla recolección de datos

	CC	NOMBRE	edad	Gén	Consulta externa			teléfono	DX1	DX2	DX3	MEDICOTRATANTE
					2010	2011	2012					
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												

Anexo B. Modelo Programa de Atención al Consultador Crónico

Introducción

1. Justificación
2. Objetivos
 - 2.1 Objetivo General
 - 2.2 Objetivos Específicos
3. Población Objeto
 - 3.1 Criterios de Inclusión
 - 3.2 Criterios de Exclusión
 - 3.3 Criterios de Eliminación
 - 3.4 Criterios de Egreso
4. Características del Servicio
5. Fases del Programa
6. Indicadores de Gestión
7. Recursos
8. Glosario

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL CONSULTADOR CRÓNICO FOSCAL

INTRODUCCION

La consulta frecuente es uno de los aspectos más complejos y preocupantes de la práctica diaria en la atención primaria, allí se consumen cantidad de recursos en forma de visitas y contactos con los profesionales de primer nivel (médicos, profesionales de enfermería y administrativos), pruebas complementarias, medicamentos y visitas al especialista. Estos pacientes suponen un gasto considerable para el sistema público de salud. De hecho, entre un 5 % y un 10 % de las consultas a un médico de atención primaria (porcentaje de HPF con respecto al total de atenciones del médico) consume un 30% de esfuerzo y tiempo de él²¹.

En la atención primaria en salud y los distintos factores y variables que influyen en el mal uso de esos servicios, se plantea la posibilidad que la percepción de malestar o de enfermedad es muchas veces lo que mueve al paciente a consultar de forma reiterada, adicional a esto las diversas características sociodemográficas del paciente actúan como moduladores de dicha necesidad.

El paciente que acude con gran frecuencia a la consulta no tiene por qué ser un problema, pero a menudo lo es. La mayoría de ellos presentan multitud de motivos de consulta, más o menos cambiantes, frecuentemente de poca importancia, exceptuando aquellos que acuden motivados por problemas crónicos e incapacitantes.

Los diferentes estudios confirman que las estrategias de intervención al paciente HPF deben estar encaminadas a dar respuesta a su parte biomédica y a la complejidad psicosocial que rodea a estos pacientes, esto mostrará una reducción

²¹ GIRALDO, MH., RINCÓN, MH., URIBE, GE. y CARDONA, D. Op. cit.

del número de consultas de manera notoria²². Las intervenciones deben tener en cuenta tanto la parte cognitiva como la emocional con una atención integral.

1. JUSTIFICACIÓN

La Fundación Oftalmológica de Santander – Clínica Carlos Ardila Lülle (FOSCAL), Institución Prestadora de Salud de Santander, en la unidad de servicios capitados que presta sus servicios a los pacientes de Nueva EPS, recientemente inició una estrategia de Atención para el Consultador Crónico, que se originó de la necesidad de detectar los usuarios HPF y las causas de la utilización frecuente de la consulta de medicina general como puerta de entrada al sistema, para corregirlas de manera racional y pertinente mediante la oferta de servicios que den respuesta a las necesidades del usuario. La capitación actual de esta institución como se mencionó anteriormente son los usuarios afiliados a Nueva EPS, quienes en su mayoría antes afiliados al ISS, por lo tanto se dio continuidad a la definición de consultador crónico estipulada por esta institución, es decir, se clasificó como paciente HPF a todo usuario mayor de 18 años que asista a consulta de medicina general más de 7 veces en un período de 12 meses, excluyendo controles de promoción y prevención y/o programas especiales (hipertensión arterial, diabetes y nefroprotección).

Esta estrategia de intervención fue aplicada en un grupo de 196 pacientes HPF, la cual demostró ser efectiva, con un porcentaje considerable en la reducción de número de consultas en cada uno de los pacientes participantes. Se presentó gran aceptación de esta metodología evidenciada en el poco porcentaje de abandono y en la asistencia masiva a las diferentes convocatorias de los talleres educativos.

De esta manera se considera consolidar el proyecto que tuvo como duración 24 meses y establecer un programa de atención al paciente consultador crónico.

²² RODRÍGUEZ B. A., Op. cit.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer un programa de intervención, el cual mediante la participación de un grupo interdisciplinario de profesionales de salud, realice un plan de manejo con acciones integrales de salud en personas previamente identificadas y clasificadas como consultadores crónicos.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar oportuna de usuarios que cumplan con los criterios de consultador crónico y que puedan ingresar al Programa.
- Evaluación y definición del manejo integral individual por usuario, comunicación y concertación con cada paciente.
- Ejecución y seguimiento del plan de atención integral individual de paciente. Identificar desviaciones que puedan afectar el éxito del programa.
- Realizar medición, seguimiento y evaluación del programa, con énfasis en mejoramiento de la calidad del servicio de salud.

3. POBLACION OBJETO

3.1 CRITERIOS DE INCLUSION

Todo usuario adscrito a la FOSCAL, cobijado por contrato de EPS con servicios capitados, que haya consultado al servicio de medicina general siete veces o más en un período de doce meses Y que acepte el programa.

3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Paciente con 7 o más consultas consignadas en las historias clínicas relacionadas al control de una patología de base específica HTA, DM, nefroprotección (programas especiales), programas de P Y P, control prenatal o que por cuestiones administrativas tenga reingresos.
- Paciente que cumple con criterios de inclusión pero no acepta el ingreso al programa

3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- No asistencia a programas de educación: talleres y/o conferencias.
- No cumplimiento a por lo menos tres citas médicas continuas que le hayan sido debidamente programadas.

3.4 CRITERIOS DE EGRESO

Paciente que después de dos años de intervención ya no cumple criterios de consultador crónico.

4. CARACTERISTICAS DEL SERVICIO

4.1 EDUCACIÓN CONTINUA MENSUAL

Con temas como:

Medicina alternativa

Nutrición

Psicología

Información sobre evolución y diagnóstico de las enfermedades crónicas del usuario consultador crónico.

4.2 INTERVENCIÓN EN EL COMITÉ INTERDISCIPLINARIO

El comité interdisciplinario permite determinar el manejo integral de la patología de cada paciente; es un espacio de discusión donde se toma decisiones para favorecer el cubrimiento de las necesidades de cada caso, ayudas diagnósticas o canalización a especialidades según requiera. Está conformado por Médico Internista, Médico Familiar, Médico Alternativo, Psicología, Nutrición y Enfermería.

4.3 CONSULTA Y SEGUIMIENTO POR MEDICINA ALTERNATIVA

Se busca abordar la enfermedad desde una visión mucho más amplia, desde las medicinas integrativas con el objetivo de complementar el manejo dado al paciente, para ello se parte del diagnóstico establecido previamente; se elige el tratamiento con la medicina que mejor se acople a la condición del usuario, (MTCH, Terapia Neural, aurícula terapia, Homeopatía o Sintergetica) y se hace su seguimiento durante el tiempo programado en el proceso de intervención. Este manejo tiene que ir paralelo a los procesos educativos y talleres que se definan para intervenir al usuario.

4.4 CONSULTA Y SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA

Dentro del manejo integral del paciente, se realiza abordaje de los problemas a nivel emocional y mental.

4.5 VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN

Permitirá controlar problemas digestivos con la asesoría por parte de esta rama de la salud. Buena parte de enfermedades digestivas se originan por una inadecuada utilización de los alimentos.

4.6 VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD SEGÚN DECISIÓN DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO

En los casos donde la discusión del comité interdisciplinario concluya en la necesidad de tener acciones mucho más específicos que aclaren o aporte al manejo de la patología se realizará remisión a la especialidad que requiera.

4.7 TALLERES EDUCATIVOS

Taller de espalda

Taller de Psicología para la ansiedad y depresión

Taller de Colon

5. FASES DEL PROGRAMA

Se realiza demanda inducida y captación por parte de enfermería en los diferentes programas de promoción y prevención, posteriormente el programa se desarrolla en los siguientes ciclos: sensibilización, intervención, análisis y seguimiento.

Fase I: SENSIBILIZACION

Primera Charla Educativa (Sensibilización al programa de consultador crónico)

Presentación en comité interdisciplinario casos clínicos de los usuarios que ingresan para determinar el manejo.

Primera Valoración por medicina alternativa

Duración fase I: 1 mes

Fase II: INTERVENCION

Taller de espalda, Taller de Depresión y Ansiedad, taller nutricional.

Charlas educativas mensuales

Consulta de Psicología

Consultas con medicina alternativa: controles con periodicidad según necesidad.

Consulta de medicina especializada según lo requerido.

Duración fase II: 1 año

Fase III. DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Se realiza evaluación del comportamiento en cuanto a las consultas de medicina general, si el paciente aún es consultador crónico continúa en fase II. Si ya no cumple criterios de HPF continúa:

Charlas educativas, Grupos de apoyo por un año más

Se realiza nueva evaluación al año nuevamente y se define si hay riesgo de cronificación de lo contrario se da egreso del programa.

Duración Fase III: 1 año

FASE IV. SEMAFORIZACION

Se realizarán mediciones periódicas para seguimiento de adherencia y cumplimiento a las actividades, promedio de consultas en el tiempo transcurrido y nueva sensibilización si así lo requiere. Cada 3 meses.

Asistencia a Charlas educativas y talleres:

- Verde: 3 inasistencias: se realiza contacto telefónico.
- Amarillo: 6 inasistencias: contacto telefónico y carta al domicilio
- Rojo: 9 inasistencias: Visita domiciliaria.
- >10 inasistencias: criterio de eliminación.

Asistencia a Consultas debidamente programadas:

- Verde: 1 inasistencias: se realiza contacto telefónico.
- Amarillo: 2 inasistencias: contacto telefónico y carta al domicilio
- Rojo: 3 inasistencias: Visita domiciliaria.
- >4 inasistencias: criterio de eliminación.

6. INDICADORES DEL PROGRAMA

Para evaluar el cumplimiento de la intervención, se determinaron indicadores de procesos, que permitirá conocer las fortalezas y debilidades en el desarrollo del programa.

Prevalencia: Proporción de usuarios que consultaron más de 7 veces al año y cumplen con el criterio de ingreso al programa.

Impacto: Proporción de consultadores crónicos identificados y valorados por el grupo interdisciplinario que lograron egresar del programa por solución de su patología al terminar las fases establecidas.

Reingreso: Proporción de usuarios que reingresan al programa después de 12 meses de haber egresado del programa.

Cuadro 1. Indicadores de evaluación

Indicador	Numerador	Denominador	Meta
PREVALENCIA: Proporción de usuarios que consultaron mas de 7 veces en el año	Número de Usuario consultaron más de 7 veces por Medicina General y Prioritaria y que cumplen los criterios del programa en un año	Número de Usuarios que Consultaron por Medicina General y Prioritaria en un año	5% AL 8%
IMPACTO: Proporción de consultadores crónicos identificados y valorados por el grupo interdisciplinario que lograron egresar del programa por solución de su patología	Sumatoria de usuarios que egresaron luego de un año de pertenecer al programa	Total de usuarios pertenecientes al programa	10% AL 20%
REINGRESO: Proporción de usuarios que reingresan al programa después de 12 meses de egreso	Sumatoria de usuarios que reingresan al programa(que cumple con los criterios de ingreso al programa que ya habían pertenecido previamente a él)	Total de usuarios que han egresado en el periodo evaluado	5%

7. RECURSOS

Humanos: Médico Internista, Médico Familiar, Médico Alternativo, Psicología, Nutrición, Enfermería.

Físicos: Instalaciones, equipos médicos y material aportado por la institución.

Económicos: Aportados por la institución

8. GLOSARIO

Consultador crónico: El usuarios que consulta más de 7 veces en un periodo de 1 año por causas diferentes a programas de riesgo cardiovascular y P y P.

Hiperfrecuentadores: Usuarios que consultan numero mayor del esperado para una población determinada.

Frecuencia de uso: Número de veces que consulta un usuario sobre el total de la población en un determinado tiempo.

Medicina alternativa: Es el conjunto de terapias complementarias o alternativas encaminadas a satisfacer las necesidades de salud del paciente como complemento de la medicina tradicional.

Fase: Etapa del proceso en la cual se cumplen actividades especificas de Sensibilización, intervención y seguimiento.