

# HEARTS



Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud



## Trabajo basado en equipos multidisciplinarios



Organización  
Mundial de la Salud



International  
Diabetes  
Federation



International  
Society of  
Hypertension







**Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud**

# **Trabajo basado en equipos multidisciplinarios**



Organización  
Mundial de la Salud



CENTRE FOR CHRONIC DISEASE CONTROL



International  
Diabetes  
Federation



International  
Society of  
Hypertension



WORLD HEART  
FEDERATION®



HEARTS Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Trabajo basado en equipos multidisciplinarios  
OPS/NMH/19-004

© Organización Panamericana de la Salud 2019

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si se hace una adaptación de la obra, incluso traducciones, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente adaptación no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la adaptación. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante”.

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

**Forma de cita propuesta:** HEARTS Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Trabajo basado en equipos multidisciplinarios. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Catalogación (CIP):** Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

**Ventas, derechos y licencias.** Para comprar publicaciones de la OPS, véase [www.publications.paho.org](http://www.publications.paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions).

**Materiales de terceros.** Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales.** Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.



# Índice

Agradecimientos	5
<b>Paquete técnico HEARTS</b>	6
<b>Introducción</b>	8
¿Qué elementos contiene este módulo?	8
<b>1. Algunas consideraciones sobre el trabajo basado en equipos multidisciplinarios</b>	9
Ventajas	10
Obstáculos	10
Requisitos	10
<b>2. Implementación del modelo de trabajo basado en equipos multidisciplinarios</b>	11
Pasos para implementar la atención basada en equipos	11
1. Involucrar al equipo	11
2. Determinar la composición del equipo	11
3. Diseñar flujogramas de trabajo que reflejen el nuevo modelo de atención	15
4. Mejorar la comunicación entre el equipo de atención, el personal del centro de salud y los pacientes	20
5. Aplicar un enfoque gradual al implementar el modelo de atención basada en equipos	20
6. Optimizar el modelo de atención	21
<b>3. Estudio de casos</b>	23
Atención del paciente hipertenso en Tailandia	23
Atención basada en equipos para las enfermedades no transmisibles en Nepal	24
Redistribución de tareas en Etiopía	25
<b>Anexo. Ejercicios de planificación</b>	27
<b>Bibliografía</b>	35
<b>Información adicional</b>	36

---

## Figuras

Figura 1.	Flujograma para el control de la presión arterial	15
Figura 2.	Ejemplo de un flujograma clínico: ruta integrada de atención del paciente hipertenso en Tailandia	17
Figura 3.	Ejemplo de flujograma de trabajo para el proceso de atención del paciente crónico	18
Figura 4.	Ejemplo de flujograma de trabajo para el proceso de control de la presión arterial	19

---

## Cuadros

Cuadro 1.	Atención de la hipertensión basada en equipos en Cuba	12
Cuadro 2.	Distribución de responsabilidades entre el personal para el manejo de la hipertensión	13
Cuadro 3.	Redistribución de tareas para la gestión del personal clínico y administrativo	14

---

## Recuadros

Recuadro 1.	Pasos de la implementación	11
Recuadro 2.	Proyecto piloto de atención basada en equipos	20
Recuadro 3.	Los beneficios de la atención basada en equipos	22

## Agradecimientos

La elaboración de los módulos originales del paquete técnico HEARTS ha sido posible gracias a la dedicación, el apoyo y los aportes de diferentes expertos de las siguientes organizaciones: Asociación Americana del Corazón, Centro para Control de Enfermedades Crónicas de la India, Federación Internacional de Diabetes, Sociedad Internacional de Hipertensión, Sociedad Internacional de Nefrología, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, la iniciativa Resolve to Save Lives, que forma parte de la organización Vital Strategies, la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), Federación Mundial del Corazón, la Liga Mundial de Hipertensión, y la Organización Mundial del Ataque Cerebrovascular.

El personal en la sede central de la OMS, las Oficinas Regionales de la OMS y las oficinas de la OMS en Etiopía, Filipinas, India, Nepal y Tailandia realizaron valiosos aportes para que los materiales elaborados fueran apropiados a nivel nacional.

La OMS desea agradecer a las siguientes organizaciones su contribución en la elaboración de estos módulos: Asociación Médica Americana (AMA), Programa de Tecnología Apropiada en Salud (PATH, por sus siglas en inglés), Alianza para la Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y Adultos (AIEA), Universidad McMaster en Canadá y los Institutos de Ciencias Médicas de la India. Finalmente, la OMS quisiera dar las gracias a los numerosos expertos internacionales quienes han contribuido con su valioso tiempo y sus vastos conocimientos para la elaboración de los módulos.

La versión de HEARTS en el idioma español es el resultado de un esfuerzo concertado y la OPS agradece a todos los profesionales y funcionarios de los ministerios de salud en los países pioneros de la Iniciativa HEARTS en la Región de las Américas: Barbados, Chile, Colombia y Cuba y el segundo grupo conformado por Argentina, Ecuador, Panamá y Trinidad y Tabago.



# Paquete técnico HEARTS

Cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares (ECV) que por cualquier otra causa. Más de tres cuartas partes de las muertes relacionadas con cardiopatías y ataques cerebrovasculares ocurren en países de ingresos medianos y bajos.

El conjunto de módulos conocidos como HEARTS,<sup>1</sup> por sus siglas originales en inglés, está compuesto por seis módulos y una guía de implementación, y brinda un enfoque estratégico para mejorar la salud cardiovascular. Este paquete sirve de apoyo a los ministerios de salud para fortalecer el manejo de las ECV a nivel de la atención primaria de salud y se encuentra en consonancia con el Conjunto de Intervenciones Esenciales contra las Enfermedades No Transmisibles definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y conocido como PEN por sus siglas en inglés.

Los módulos que conforman el paquete técnico HEARTS están dirigidos a los formuladores de políticas públicas y gerentes, directores o coordinadores de programas a diferentes niveles dentro de los ministerios de salud cuyo trabajo influye sobre la prestación de servicios de salud a nivel primario para la atención de las enfermedades cardiovasculares. Dentro de cada módulo existen secciones dirigidas a actores en niveles específicos de los sistemas de salud, así como a diferentes grupos de profesionales. En ese sentido, todos los módulos requieren ser adaptados al contexto de cada país.

Los profesionales que encontrarán mayor beneficio en la utilización de los módulos son:

- **A nivel nacional. Formuladores de políticas públicas para las enfermedades no transmisibles en los ministerios de salud, responsables de:**
  - Diseñar estrategias, planes y programas relacionados con la prestación de servicios para atender las ECV.
  - Definir metas nacionales relacionadas con las ECV, además de monitorear y notificar los avances alcanzados.
- **A nivel subnacional. Directores, coordinadores o gerentes de programas de enfermedades no trasmisibles encargados de:**
  - planificación, entrenamiento, implementación y monitoreo de la prestación de servicios de salud.
- **A nivel de la atención primaria. Gerentes, directores o coordinadores de centros, puestos de salud o instituciones que prestan servicios de salud responsables de:**
  - Asignar tareas, organizar la capacitación para el personal de salud y garantizar el adecuado funcionamiento del centro, puesto o institución prestadora de servicios de salud.
  - Recopilar datos para calcular los indicadores que permiten evaluar los progresos alcanzados en relación a las metas establecidas para las ECV.

Los usuarios pueden variar en función del contexto, los sistemas de salud existentes y las prioridades nacionales.



MÓDULOS QUE CONFORMAN EL PAQUETE TÉCNICO HEARTS				
Módulo	¿Qué incluye?	¿A quiénes está dirigido cada módulo?		
		Nivel nacional	Nivel subnacional	Atención primaria de salud
<b>H</b> ábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes	Este módulo incluye información sobre los cuatro principales factores de riesgo conductuales de las enfermedades cardiovasculares (ECV). Se describen intervenciones breves con un enfoque de asesoría sobre los factores de riesgo para promover la adopción de estilos de vida saludables.		✓	✓
<b>E</b> videncia: protocolos clínicos basados en la evidencia	Un conjunto de protocolos para estandarizar el abordaje clínico en el manejo de la hipertensión y la diabetes.	✓	✓	✓
<b>A</b> cceso a medicamentos y tecnologías esenciales	Información sobre medicamentos para el tratamiento de las ECV, la adquisición de tecnologías y la cuantificación, distribución, gestión y manejo de suministros a nivel de los centros, puestos o instituciones prestadoras de servicios de salud.	✓	✓	✓
<b>R</b> iesgo cardiovascular: manejo de las ECV con base en la estratificación del riesgo	Información basada en un enfoque de riesgo total para llevar a cabo la estratificación y manejo del riesgo cardiovascular, además de tablas de estratificación para cada país.		✓	✓
<b>T</b> rabajo en equipos multidisciplinarios	<b>Orientaciones y ejemplos sobre los equipos multidisciplinarios y la redistribución de tareas en la atención de pacientes con alguna ECV. También se proporcionan materiales de capacitación.</b>		✓	✓
<b>S</b> istemas de monitoreo	La metodología para monitorear e informar avances en la prevención y el manejo de las ECV. El módulo contiene indicadores estandarizados y herramientas para la recolección de datos.	✓	✓	✓

1 La sigla HEARTS (que en inglés significa “corazones”), proviene de:  
**H** Health-lifestyle counseling (asesoramiento para los pacientes sobre hábitos y estilos de vida saludables)  
**E** Evidence-based protocols (protocolos de tratamiento clínico basados en la evidencia)  
**A** Access to essential medicines and technology (acceso a medicamentos y tecnologías esenciales)  
**R** Risk-based CVD management (manejo de las enfermedades cardiovasculares basado en la estratificación del riesgo)  
**T** Team-based care (atención basada en el trabajo de equipo)  
**S** Systems for monitoring (sistemas de monitoreo)



# Introducción

En muchos entornos de escasos recursos no se cuenta con un número suficiente de médicos y trabajadores de la salud (1). Por tanto, para brindar una atención continua centrada en el paciente de manera más eficaz, los sistemas de atención primaria de salud pueden incluir estrategias de atención basadas en equipos multidisciplinarios en sus respectivos flujogramas de trabajo y protocolos clínicos.

En la atención basada en equipos multidisciplinarios se puede necesitar personal nuevo o una redistribución de tareas entre el personal existente. Estos equipos pueden incluir a los propios pacientes, a médicos de atención primaria y a otros profesionales de la salud como enfermeras, farmacéuticos, consejeros, trabajadores sociales, nutricionistas, trabajadores comunitarios u otros.

Los equipos reducen la carga de trabajo sobre los médicos al aprovechar las competencias de trabajadores de salud debidamente capacitados. La evidencia muestra que la atención basada en equipos multidisciplinarios es eficaz para mejorar el control de la hipertensión en los pacientes de una manera costo-efectiva (2). En muchos entornos ya se está aplicando en alguna medida la atención basada en equipos multidisciplinarios y la redistribución de tareas, y en este módulo se brinda orientación adicional sobre cómo optimizar este enfoque para lograr un mayor impacto.

## ¿Qué elementos contiene este módulo?

- Una descripción del enfoque del trabajo basado en equipos multidisciplinarios, así como de sus ventajas y desventajas
- Los pasos sugeridos para la aplicación del enfoque de trabajo basado en equipos multidisciplinarios
- Algunos estudios de caso de distintos países sobre el enfoque de trabajo basado en equipos multidisciplinarios
- Algunos ejemplos de flujogramas y cuadros que pueden ser adaptados para aplicar el enfoque del trabajo basado en equipos multidisciplinarios en un centro de salud específico.

# 1. Algunas consideraciones sobre el trabajo basado en equipos multidisciplinarios

En la actualidad, el mundo se enfrenta a una escasez persistente de trabajadores de salud capacitados. Algunas estadísticas recientes indican que, a nivel mundial, hay un déficit de más de 4 millones de trabajadores de salud, al tiempo que aumenta la demanda de atención de salud y que las enfermedades no transmisibles (ENT) son cada vez más comunes. La atención de las ENT requiere que los sistemas de salud traten a un gran número de pacientes durante largos períodos, por lo cual es fundamental contar con una fuerza laboral de salud a nivel comunitario que sea de buena calidad para enfrentar la epidemia de estas enfermedades. Aprender de las experiencias en el tratamiento de la infección por el VIH, la atención basada en equipos y la redistribución de tareas puede mejorar el tratamiento y el control de las ENT (3).

**La redistribución de tareas** es la reasignación de tareas clínicas y no clínicas desde un nivel o tipo de trabajador de salud a otro para que los servicios de salud puedan brindarse de manera más eficiente o eficaz. Por ejemplo, cuando hay escasez de médicos, la prestación de algunos servicios, puede asignarse a profesionales no médicos muy capacitados y con las competencias necesarias, como el personal de enfermería, siempre que se pueda mantener la calidad de los servicios. Esto permite aumentar el acceso de la comunidad a los servicios de salud. La redistribución de tareas también puede aplicarse a servicios de laboratorio y de farmacia y a la gestión de suministros (4).

**El trabajo basado en equipos multidisciplinarios** es la redistribución estratégica del trabajo entre los miembros de un equipo. En este modelo, todos los miembros del equipo dirigido por un médico desempeñan un papel integral en la prestación de servicios de salud al paciente. El médico y un equipo de enfermeras u otras figuras como auxiliares médicos o de enfermería comparten las responsabilidades para brindar una mejor atención al paciente.

El trabajo basado en equipos multidisciplinarios y la redistribución de tareas, o una combinación de estos dos enfoques, son modelos útiles que pueden adaptarse para satisfacer las necesidades del país. En este módulo se hace referencia a los dos enfoques, pero se usará también la denominación “atención basada en equipos” como una expresión más breve.

## **Ventajas** (5, 6)

- Ampliación del acceso a servicios de salud (más horas de cobertura, menos tiempo de espera)
- Mejor apoyo al paciente
- Colaboración de los miembros del equipo
- Mejor adhesión del paciente al tratamiento con medicamentos
- Mejor seguimiento
- Mejor control de la presión arterial (PA) y otros resultados de salud de los pacientes (morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, y factores de riesgo como la diabetes y el colesterol elevado)
- Mejor conocimiento por parte de los pacientes
- Mejor calidad de vida
- Ahorro de tiempo para el paciente y el equipo de salud
- Costo-eficiente
- Mayor satisfacción tanto del paciente como del médico.

## **Obstáculos**

- Rotación rápida de personal
- Retención del personal capacitado
- Actitud del paciente: percepción por parte de los pacientes de que están siendo tratados por trabajadores de salud que no son médicos
- Actitud y reacciones del médico
- Legislación y políticas públicas.

## **Recomendaciones para la implementación**

Las decisiones de políticas públicas se toman generalmente a nivel nacional, pero existen métodos que los administradores o coordinadores de los centros de salud pueden utilizar para ayudar a garantizar una aplicación exitosa del modelo de atención basada en equipos:

- Consultar y coordinar junto al médico
- Capacitar a los trabajadores de salud en las nuevas competencias
- Permitir que otros trabajadores de salud puedan recetar medicamentos
- Definir claramente las funciones y responsabilidades de los distintos miembros del equipo
- Establecer una estrecha supervisión, orientación y apoyo por parte del personal más experimentado del centro de salud
- Programar reuniones regulares del equipo clínico y garantizar una buena comunicación entre el personal a fin de analizar los casos clínicos y los temas relacionados, de modo que puedan trabajar juntos para resolver los problemas
- Facilitar el diálogo regular entre el personal sobre cómo mejorar las tareas para aumentar la eficiencia y la calidad del servicio
- Diseñar procesos y definir resultados medibles.

Para información más detallada y herramientas para poner en práctica los métodos descritos, véase la sección 2 sobre implementación.

## 2. Implementación del modelo de trabajo basado en equipos multidisciplinarios<sup>2</sup>

La implementación del modelo de trabajo basado en equipos multidisciplinarios (o la atención basada en equipos) (7) es específica según el contexto de cada país, región y centro de salud. Por esta razón, las recomendaciones del presente módulo deben adaptarse según sea necesario. En esta sección se proporciona una guía paso a paso para la implementación de la atención basada en equipos, además de recursos y ejemplos que pueden ayudar la puesta en práctica.

### Pasos para implementar la atención basada en equipos

#### Recuadro 1. Pasos de la implementación

1. Involucrar al equipo
2. Determinar la composición del equipo
3. Diseñar flujogramas de trabajo que reflejen el nuevo modelo de atención
4. Mejorar la comunicación entre el equipo de atención, el personal del centro de salud y los pacientes
5. Aplicar un enfoque gradual para implementar el modelo
6. Optimizar el modelo de atención.

#### 1. Involucrar al equipo

Reúna un equipo multidisciplinario integrado por enfermeras, auxiliares de consultorio, médicos, farmacéuticos, trabajadores comunitarios de salud, nutricionistas, administradores y personal de tecnología de la información y con un líder que tenga suficiente autoridad dentro del centro o la organización para respaldar el proceso. Considere además la posibilidad de incluir a pacientes como parte del equipo (véase el cuadro 1).

#### 2. Determinar la composición del equipo

Diseñe un modelo de atención que satisfaga las necesidades de los pacientes y el equipo. Establezca cuáles son los miembros del equipo actual que podrían aprender un nuevo conjunto de competencias y desempeñar una nueva función.

<sup>2</sup> El presente marco de referencia ha sido adaptado, con la debida autorización, del módulo de atención basada en equipos conocido como Steps Forward™, de la Asociación Médica Estadounidense. Para más información sobre estrategias de transformación innovadoras que puedan ayudar a su organización a lograr el objetivo cuádruple, consulte el siguiente enlace: [www.stepsforward.org](http://www.stepsforward.org).

El equipo puede incluir un consejero, un nutricionista, una enfermera de práctica avanzada, un auxiliar médico, personal administrativo u otros (véase el cuadro 2).

Procure que el equipo (o los equipos) cuente con médicos y personal de apoyo dispuestos a transformar el centro y adoptar un modelo de atención basada en equipos. Los integrantes del equipo deben ser defensores entusiastas de estas ideas y buenos comunicadores, y estar dispuestos a realizar un esfuerzo adicional a fin de preparar la transición hacia el nuevo modelo y continuar su desarrollo una vez que se encuentre en marcha.

**Cuadro 1. Atención de la hipertensión basada en equipos en Cuba**

Actividad	Reasignación de tareas	Nuevo personal a cargo	Actividades requeridas	Enseñanzas extraídas
Control de la hipertensión	Medición de la presión arterial	Profesionales de la salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeras</li> <li>• Dentistas</li> <li>• Fisioterapeutas</li> </ul> Profesionales de la salud en formación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiantes de medicina</li> <li>• Estudiantes de enfermería</li> </ul> En entornos comunitarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores comunitarios de salud</li> <li>• Familiares de los pacientes</li> </ul>	Certificación para la medición de la presión arterial  Introducción a la medición de la presión arterial con dispositivos digitales	Es necesario aprovechar todas las oportunidades posibles para promover el control de la hipertensión  La inclusión de los trabajadores comunitarios de salud y de los familiares de los pacientes es posible debido al mayor acceso a dispositivos digitales para la medición de la presión arterial
	Información sobre el consumo de medicamentos antihipertensivos	Farmacéuticos	Elaboración de informes mensuales por parte del área de salud sobre aquellos pacientes que no regresan para la reposición de los medicamentos antihipertensivos en la farmacia comunitaria correspondiente	Las farmacias tienen el potencial de convertirse en un lugar ideal para la educación sobre salud y el control de la hipertensión en la comunidad
Registro	Ingreso de datos en el sistema de registro	Auxiliares de enfermería	Capacitación apropiada para el ingreso de datos	El ingreso de datos en el sistema permite un acceso más fácil y una mejor visibilidad de estos
Educación	Autocuidado	Estudiantes de medicina y de enfermería Trabajadores comunitarios de salud Pacientes Familiares de los pacientes	Capacitación sobre el autocuidado dirigido a los pacientes y sus familiares, así como a voluntarios comunitarios de salud	Existe la necesidad de aumentar el acceso a dispositivos digitales para la medición de la presión arterial  Es necesario mejorar la educación sobre el autocuidado

**Cuadro 2. Distribución de responsabilidades entre el personal para el manejo de la hipertensión**

Tarea	Médico	Especialista en hipertensión	Enfermera	Farmacéutico	Consejero	Nutricionista	Trabajador social	Trabajador comunitario de salud	Personal administrativo
Elaboración de la historia clínica del paciente			✓						
Diagnóstico	✓								
Evaluación periódica para determinar posibles causas secundarias, factores de riesgo adicionales y lesiones en los órganos	✓								
Pacientes muy complejos*		✓							
Determinación de los obstáculos			✓	✓		✓		✓	
Medición de la presión arterial			✓	✓				✓	
Asesoramiento sobre estilos de vida saludables			✓	✓	✓	✓	✓		
Reposición de los medicamentos			✓	✓					
Ajuste de los medicamentos			✓	✓					
Seguimiento de los pacientes			✓			✓	✓	✓	
Derivación de los pacientes			✓	✓				✓	
Ingreso de datos									✓
Programación de consultas					✓		✓	✓	✓
Recordatorios de las consultas programadas					✓		✓	✓	✓

\* Los pacientes muy complejos se definen como aquellos que no presentan mejoría a pesar del empleo de múltiples tratamientos o aquellos en los que se sospecha una causa secundaria.

### Cuadro 3. Redistribución de tareas para la gestión del personal clínico y administrativo

Teniendo en cuenta el personal de salud actual, utilice el siguiente cuadro a fin de determinar el enfoque más apropiado para la implementación de una estrategia de atención basada en equipos.

A. Tarea	B. ¿Quién realiza la tarea en la actualidad?	C. ¿Quién realizaría la tarea en una situación ideal?	D. La persona indicada en la columna C ¿requiere entrenamiento adicional para llevar a cabo esta tarea?	E. Si la respuesta a la pregunta D es afirmativa, ¿cuál es el mejor tipo de entrenamiento: el entrenamiento en la función individual o como equipo?
Elaboración de la historia clínica del paciente				
Diagnóstico				
Evaluación periódica para determinar posibles causas secundarias, factores de riesgo adicionales y lesiones en los órganos				
Pacientes muy complejos*				
Determinación de los obstáculos				
Medición de la presión arterial				
Asesoramiento sobre estilos de vida saludables				
Reposición de los medicamentos				
Ajuste de los medicamentos				
Seguimiento de los pacientes				
Derivación de los pacientes				
Ingreso de datos				
Programación de consultas				
Recordatorios de las consultas programadas				

Module 19. Implementing Care Teams. Revisión más reciente del contenido en mayo del 2013. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD (<http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/system/pfhandbook/mod19.html> consultado el 17 de octubre del 2017).

Institute for Healthcare Improvement, Partnering in Self-Management Support: A Toolkit for Clinicians, Self-Management Support Roles and Tasks in Team Care (<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SelfManagementToolkitforClinicians.aspx>; consultado el 17 de octubre del 2017).

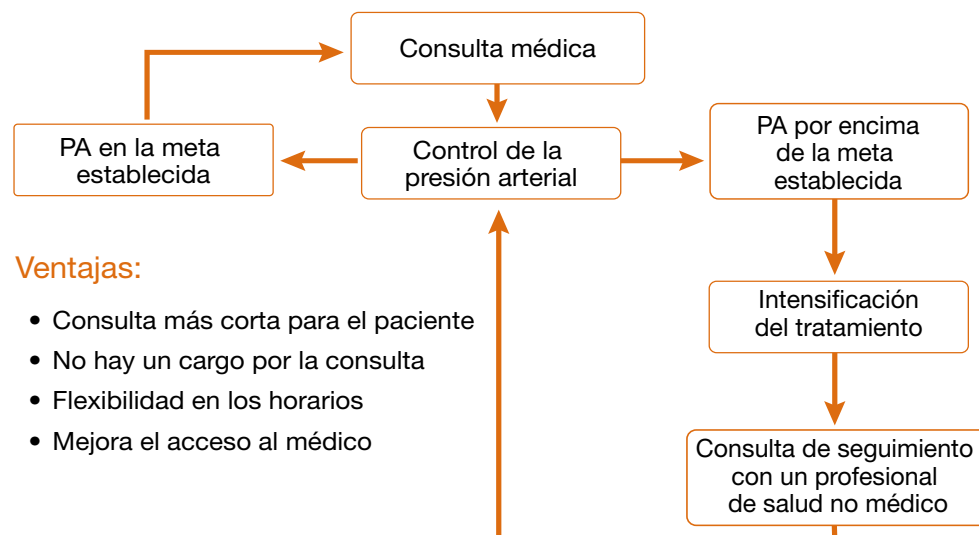


### 3. Diseñar flujogramas de trabajo que reflejen el nuevo modelo de atención

Diseñe los nuevos flujogramas de trabajo basado en equipos. Recuerde que está creando una situación ideal futura, por lo que deberá pensar fuera de los parámetros convencionales cuando diseñe el equipo y la consulta ideales. En caso de que ciertos aspectos de su flujograma de trabajo actual funcionen bien, ¡no dude en incorporarlos! Intente no limitarse y analice cómo un proceso que ya funciona muy bien podría mejorarse aún más.

Puede diseñar flujogramas de trabajo para un proceso clínico completo (incluidas las tareas previas a la consulta, la propia consulta y las tareas posteriores) o para tareas individuales que quisiera asignar al equipo. En la figura 1 se muestra un ejemplo de un flujograma simple para un proceso de evaluación y seguimiento de la presión arterial dirigido a enfermeras u otros trabajadores de salud utilizado por Kaiser Permanente en California.

Figura 1. Flujograma para el control de la presión arterial



Jaffe, M. Care Delivery Models in Different Settings – The Kaiser Permanente Northern California Hypertension Control Project: How a large health care organization improved blood pressure control. 7 de marzo del 2013.

En la figura 2 se muestra un ejemplo de un flujograma clínico para el control de la hipertensión utilizado en el hospital comunitario del Distrito de Ongkarak en Tailandia. En ese país, el sistema de flujo de pacientes y los aspectos logísticos en cada paso están integrados y se describen a continuación (8).

**Registro:** la mesa de registro es el primer punto de contacto en el proceso continuo de atención del paciente. Los martes y jueves son los días designados para la atención de pacientes hipertensos. Los pacientes se clasifican mediante un sistema de colores: verde para aquellos con consultas programadas, amarillo para personas mayores que requieren una atención más rápida y azul para pacientes generales de consulta ambulatoria.

**Peso y talla:** las mediciones de peso y talla, así como el control de la presión arterial, se realizan en cada consulta.

**Presión arterial (PA):** las mediciones de presión arterial se obtienen en forma meticulosa utilizando un dispositivo digital y se repiten si la primera medición es alta. Si en la segunda medición el valor también es elevado, se debe realizar una medición manual de la PA. Los pacientes son derivados al servicio de urgencias si la medición manual también es alta. En el servicio de urgencias también se controla la PA de todos los pacientes. Los dispositivos de medición de la presión arterial deben ser calibrados una vez al año por la oficina regional de ciencias médicas.

**Análisis de sangre:** los pacientes que requieren un análisis de sangre son remitidos al laboratorio clínico.

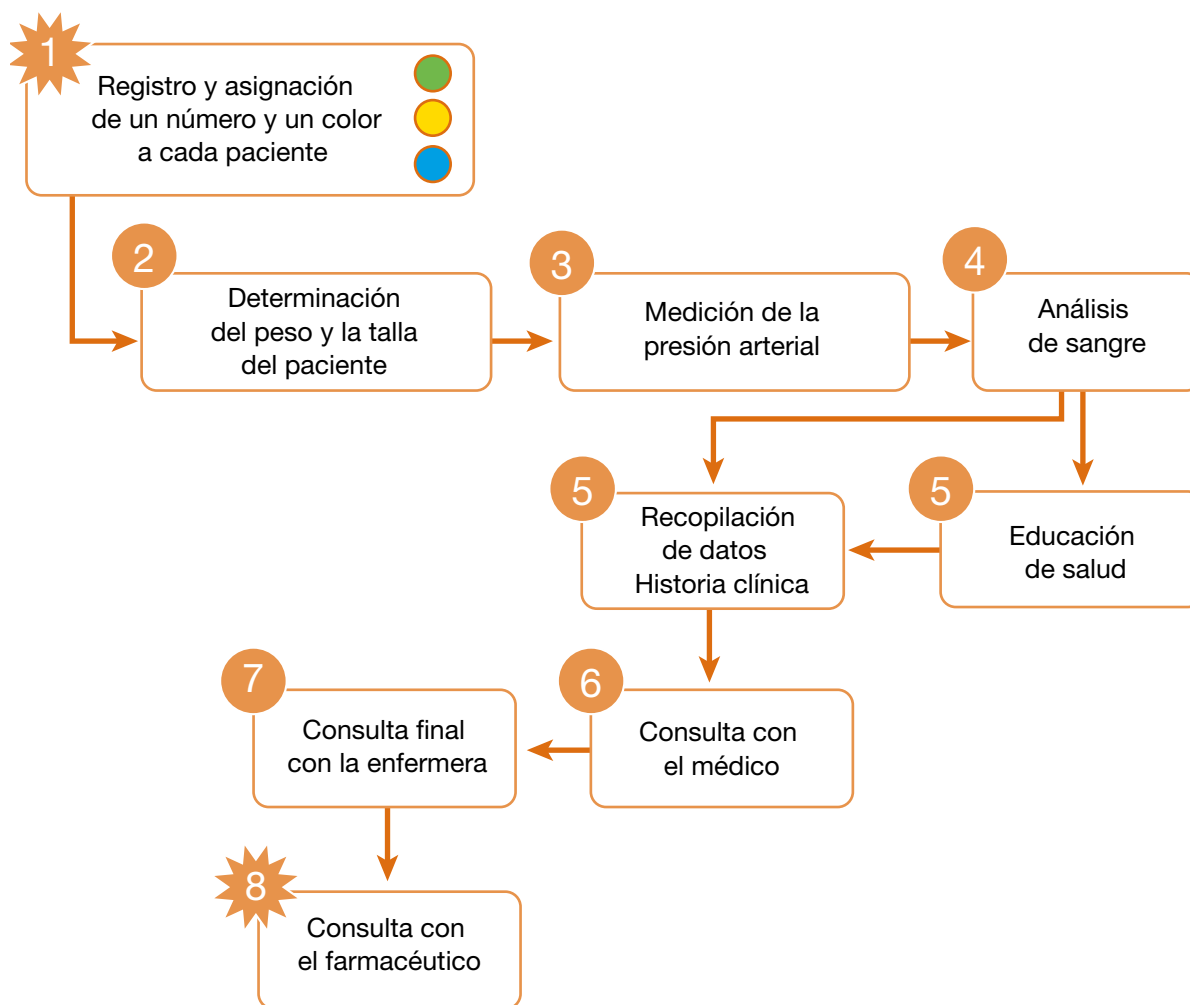
**Historia clínica y educación sobre salud:** en algunos casos, los pacientes son remitidos a una enfermera para revisar sus antecedentes clínicos antes de la consulta médica; en otros casos, los pacientes son remitidos al equipo de salud y nutrición antes de la consulta con la enfermera. Los antecedentes médicos se ingresan en la historia clínica del paciente y en la base de datos del hospital. En el caso de los pacientes de alto riesgo que requieren educación adicional sobre salud y nutrición, como los pacientes con enfermedad renal crónica en estadio 3, el primer paso consiste en detectarlos para luego remitirlos a un grupo comunitario de asesoramiento entre pares, en el cual enfermeras y farmacéuticos proporcionan información pertinente sobre hábitos alimentarios, consumo de alimentos y tendencias en la comunidad. Al final de estas sesiones, un sistema de retroalimentación garantiza que los participantes brinden sus opiniones, ideas y perspectivas.

**Consulta con el médico:** se preparan las historias clínicas, junto con los números de registro correspondientes, para ser entregados al médico. Se llama a los pacientes para que pasen a la consulta por medio de una pantalla en la que se muestra su nombre, número de registro y fotografía. Las historias clínicas de los pacientes incluyen un sistema de puntuación con estrellas que clasifica sus niveles de glicemia o presión arterial al momento de la consulta. El médico, brinda orientación, además de recetar los medicamentos esenciales o ajustarlos según sea necesario.

**Consulta final con la enfermera:** los pacientes se reúnen con una enfermera para revisar los resultados de la consulta y los medicamentos recetados antes de recogerlos en la farmacia. La enfermera también recopila información relevante y la incorpora en la historia clínica.

**Farmacéutico:** los pacientes entregan su receta en la farmacia y esperan por sus medicamentos. El equipo de la farmacia revisa los antecedentes de tratamiento y se aseguran de que los pacientes no tengan medicamentos que les puedan haber sobrado de las consultas previas.

**Figura 2. Ejemplo de un flujograma clínico: ruta integrada de atención del paciente hipertenso en Tailandia**

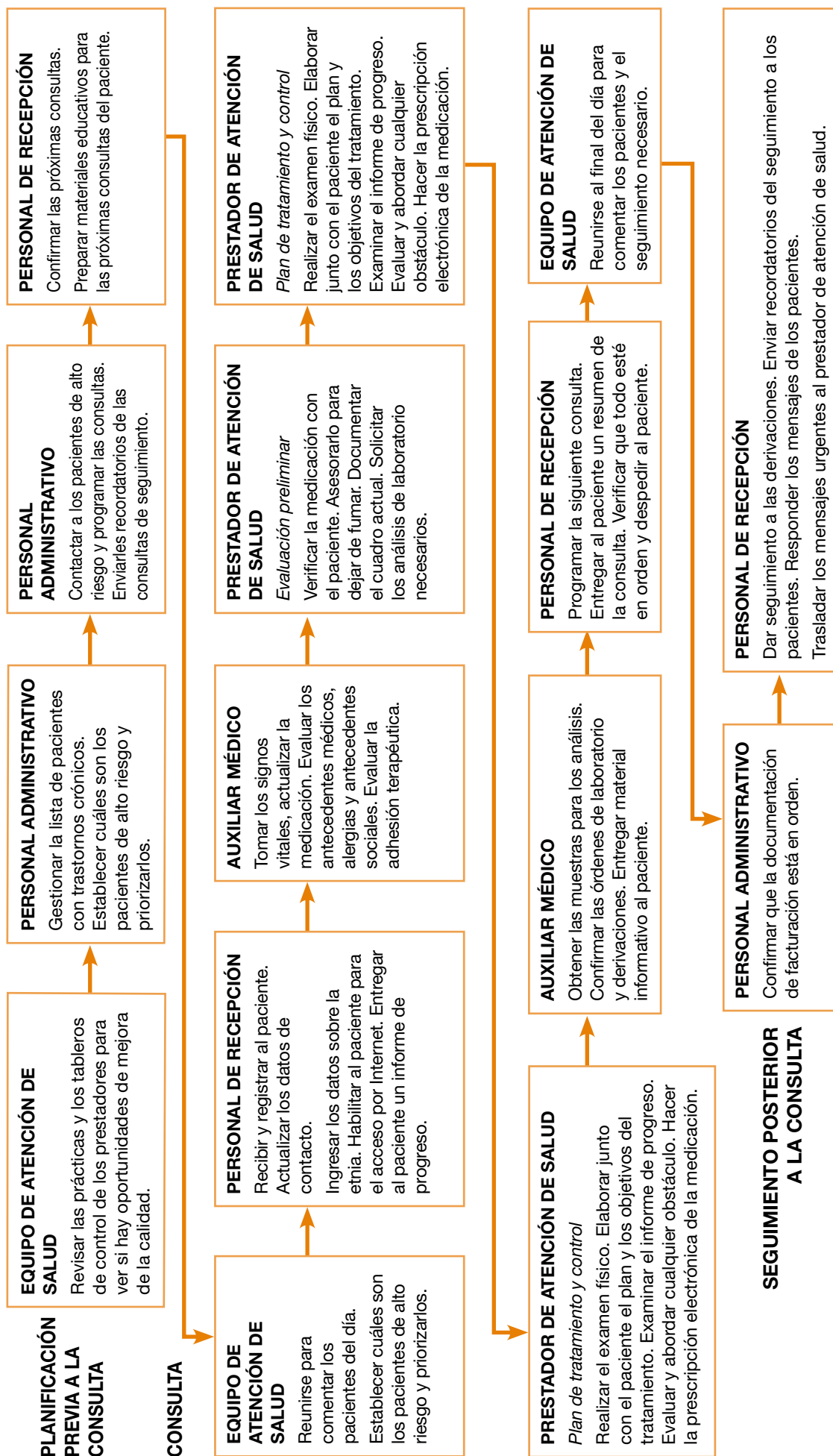


### Algunos aspectos destacados de la experiencia en Tailandia

- La comunicación directa y sistemática entre el hospital distrital y el hospital local con servicios preventivos ayuda a agilizar las derivaciones de los pacientes que así lo requieran.
- La proximidad con los servicios en cada paso del proceso de atención ayuda a que los pacientes recorran el sistema de salud con más facilidad.
- El sistema de puntuación con estrellas según los valores de glucemia y presión arterial que se aplica en cada consulta ayuda a los pacientes a comprender su situación actual y refuerza sus conocimientos sobre el cuidado de la salud.
- La pantalla en la sala de espera y el uso de fotografías asegura que aquellos pacientes que no pueden leer o tienen problemas de visión sepan cuándo se los está llamando.
- El asesoramiento entre pares y la inclusión de farmacéuticos en las iniciativas de promoción de la salud hacen que los pacientes tengan acceso a un equipo multidisciplinario de expertos.

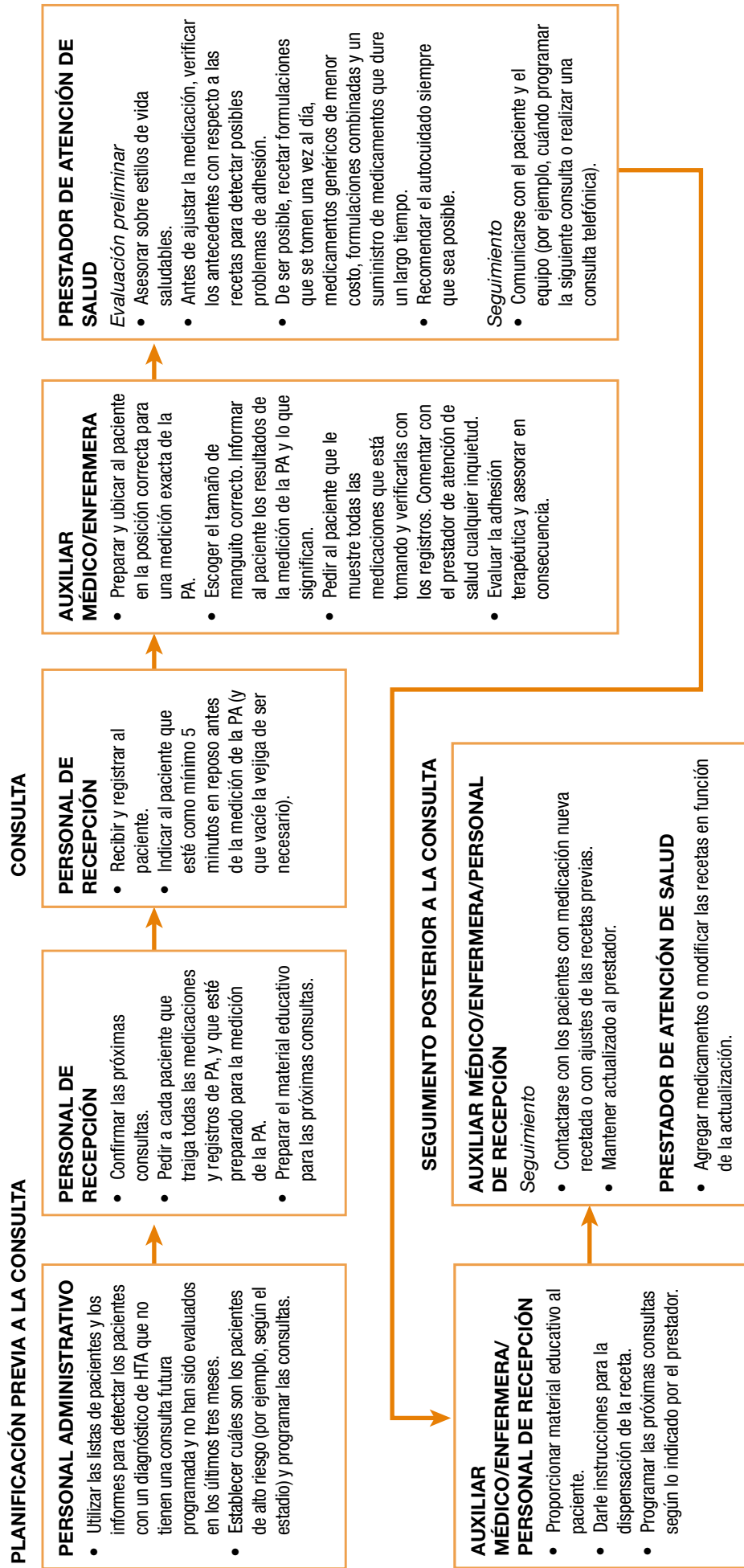
En las figuras 3 y 4 se muestran otros ejemplos de flujogramas de trabajo que se pueden utilizar como referencia al momento de diseñar el flujograma específico. Para facilitarle la planificación de una atención integral basada en equipos antes, durante y después de la consulta médica, en los anexos A, B y C se proporcionan plantillas para ayudar a definir el trazado de los flujogramas.

Figura 3. Ejemplo de flujoograma de trabajo para el proceso de atención del paciente crónico



Adaptado de: ABCS Toolkit for the Practice Facilitator, HealthyHearts NYC. New York City Department of Health and Mental Hygiene. 2017.

Figura 4. Ejemplo de flujoograma de trabajo para el proceso de control de la presión arterial



Adaptado de: ABCS Toolkit for the Practice Facilitator, HealthyHearts NYC. New York City Department of Health and Mental Hygiene. 2017.

## 4. Mejorar la comunicación entre el equipo de atención, el personal del centro de salud y los pacientes

Comience por mantener al personal del centro de salud al tanto del trabajo que realiza el equipo de atención. Es posible que los médicos y el personal del centro de salud se sientan excluidos y estén poco comprometidos si no se los involucra.

¿Qué tipo de tácticas para mejorar la comunicación puede usar con su equipo?

- Incluya temas relacionados con la redistribución de tareas del equipo en las reuniones de equipo y de departamento.
- Transmita información actualizada en una reunión o llamada semanal.
- Promueva que los médicos compartan espacios de trabajo con los demás integrantes del equipo para apoyar la comunicación dentro del equipo.

### Recuadro 2. Proyecto piloto de atención basada en equipos

En algunos centros de salud de Etiopía se llevó a cabo un proyecto piloto para aplicar un enfoque de atención basada en equipos a fin de mejorar el control de la diabetes y la hipertensión. Los gerentes y administradores, el personal de laboratorio, los farmacéuticos y otros miembros del equipo se reunieron cada dos semanas durante las primeras etapas del proyecto y mensualmente una vez que el enfoque ya estaba más consolidado. El propósito de las reuniones era analizar el tamizaje y la retención de los pacientes, los suministros, los servicios de laboratorio, la educación sobre salud, las actividades dirigidas a la comunidad, los desafíos y la presentación de la información (9).

Informe a sus pacientes sobre el nuevo enfoque de atención basada en equipos. También puede colocar folletos en las salas de espera y los consultorios para explicar a los pacientes los cambios antes de que comience su consulta.

## 5. Aplicar un enfoque gradual al implementar el modelo de atención basada en equipos

La implementación de la atención basada en equipos debe ser un proceso gradual. Esto tomará tiempo y no todos los días serán perfectos. Tenga paciencia y recuerde que pueden pasar varios meses antes de que el equipo se sienta realmente cómodo con el nuevo sistema.

Un médico que ha implementado la atención basada en equipo recomendó que los colegas que estén considerando introducir este enfoque estén completamente comprometidos con esta decisión, ya que no es fácil. Y agregó: “Ya no puedo imaginar trabajar de otra manera”.

Una auxiliar médica que trabaja en un modelo de atención basada en equipos dijo que le tomó cerca de dos meses sentir que realmente estaba aprendiendo a documentar las consultas de los pacientes para su médico. Trabajaron muy de cerca mientras él le enseñaba sus preferencias y le mostraba cómo editaba cada nota del paciente. Este tipo de compromiso en términos de tiempo es necesario para implementar con éxito la atención basada en equipos. A medida que se expande el modelo, el personal con más experiencia puede guiar o ayudar a capacitar al personal nuevo.

## 6. Optimizar el modelo de atención

### Espacios de trabajo compartidos

Los equipos que trabajan en mayor proximidad se comunican con mayor frecuencia y facilidad. Las preguntas pueden ser respondidas enseguida, lo que reduce el tiempo que una persona puede tener que esperar antes de completar una tarea o responder a un paciente. Todos estarán conscientes del trabajo que realizan sus compañeros de equipo, lo que permite distribuir y dividir tareas más fácilmente. Por último, después de un día de mucho trabajo en el centro de salud, su bandeja de entrada no estará llena de mensajes que otro miembro del equipo respondió durante el día.

### Gestión de la comunicación

En un modelo de atención basada en equipos, el número de llamadas telefónicas y mensajes de correo electrónico que se envían a los integrantes del equipo debería disminuir por varias razones:

- Los resultados de laboratorio se comentan durante la consulta, por lo que se reduce considerablemente el número de mensajes y llamadas telefónicas que se intercambian sobre este tema.
- Al final de la consulta, los pacientes reciben educación adicional sobre salud, para aclarar dudas.
- Mejora la coordinación de la atención de salud. Los pacientes se van del centro con sus citas de seguimiento y análisis de laboratorio y estudios programados, por lo que deberían tener menos preguntas después de salir del lugar.
- Durante la consulta se pueden realizar derivaciones a servicios de apoyo como los de salud mental o de educación sobre salud. Involucrar a otros miembros del equipo en la atención del paciente hace que los pacientes tengan un punto de contacto para preguntas de seguimiento con respecto a estos servicios específicos.

El equipo debería poder manejar la mayor parte de las preguntas que llegan al consultorio. El médico puede delegar al personal de enfermería o auxiliares médicos la mayoría de las preguntas e inquietudes. El conocimiento que estos integrantes del equipo tendrán con respecto a cada paciente será mucho mayor en un modelo de atención basada en equipos, por lo que el equipo podrá responder la mayoría de las preguntas a partir de lo que se dijo durante la consulta o el plan de atención definido. Además, con el transcurso del tiempo, los integrantes del equipo fortalecerán su propio conjunto de competencias, lo que permitirá que se involucren aún más en esta labor crítica.

### Recuadro 3. Los beneficios de la atención basada en equipos

*Los beneficios de la atención basada en equipos fueron mucho mayores de lo que imaginé. En un principio, simplemente esperaba recuperar el contacto visual con los pacientes, ya que esta es una herramienta de evaluación muy importante para mí durante las consultas. Lo que he visto realmente ha ido mucho más allá de eso. Sí, mi tiempo cara a cara con los pacientes ha aumentado, pero la consulta también es más eficiente y relevante. Como ahora tengo la documentación en “tiempo real”, mis notas son mejores y más oportunas. Nuestro personal en el centro está aprendiendo mucho más ahora que sienten que realmente son parte de un equipo y disfrutan de los nuevos aspectos que se han agregado a su práctica clínica. Se sienten más seguros cuando enseñan a los pacientes durante las consultas, así como cuando clasifican y asignan pacientes por vía telefónica. Aquí, la atención basada en equipos ha sido un cambio que nos ha beneficiado a todos y, lo que es aún mejor, ¡les gusta mucho a las familias!*

David Lutz, médico de Stanford Coordinated Care, en Palo Alto (California)



## 3. Estudio de casos

### Atención del paciente hipertenso en Tailandia

El diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión se realizan en hospitales comunitarios a nivel de distrito (uno por cada 75 000 habitantes), con el apoyo de una red de centros promotores de la salud (uno por cada 5 000 habitantes) a nivel de los subdistritos y voluntarios de salud a nivel de las aldeas.

En el hospital comunitario, se designa a una enfermera clínica de nivel superior como la administradora de casos (o gerenta clínica) para organizar los servicios. En los pacientes tanto nuevos como antiguos, el personal paramédico mide la talla, el peso y la presión arterial con un dispositivo digital y recopila la historia clínica del paciente. En el caso de los pacientes nuevos, el médico realiza el diagnóstico con base en las lecturas de la presión arterial y hace la receta correspondiente. Los pacientes reciben asesoramiento en grupo por parte de una enfermera o un nutricionista salubrista (si hay uno). El farmacéutico entrega los medicamentos y el auxiliar administrativo ingresa la información en papel al registro electrónico del hospital.

En las consultas de seguimiento, aquellos pacientes que no hayan alcanzado las metas de control de la presión arterial son examinados nuevamente por el médico, que ajusta los medicamentos o la dosis. Los pacientes con presión arterial controlada son vistos por una enfermera y los pacientes que no asisten al centro en la fecha de la consulta son contactados por teléfono por el auxiliar administrativo, quien les programa una nueva consulta.

Los pacientes con presión arterial controlada son derivados al hospital promotor de salud más cercano a su hogar. Estos hospitales son administrados por personal de enfermería (un equipo compuesto por una enfermera clínica y una enfermera salubrista). La enfermera renueva de manera continua la receta de medicamentos a los pacientes controlados, o ajusta la dosis, en consulta con un médico por teléfono, cuando la presión arterial no se encuentra controlada.

### Funciones que desempeñan los integrantes del equipo

**Enfermera de nivel superior (también conocida como administradora de casos):** está a cargo de la organización de servicios, receta de manera continua los medicamentos (sin cambios en el medicamento o la dosis) y brinda asesoramiento a los pacientes.

**Médico:** realiza el diagnóstico, receta medicamentos, solicita pruebas de laboratorio, indica el medicamento adecuado y la dosis.

**Enfermera:** mide la talla, el peso, toma la PA y recopila la historia clínica.

**Consejero:** brinda asesoramiento sobre nutrición y estilos de vida saludables.

**Farmacéutico:** verifica la adhesión al tratamiento, dispensa los medicamentos y brinda asesoramiento sobre la forma adecuada de tomarlos.

**Auxiliar administrativo:** ingresa los datos sobre la medición de la PA y el tratamiento del paciente en el registro electrónico; genera la lista de pacientes que no han asistido a consulta y realiza las llamadas, elabora la lista de pacientes programados para consulta al siguiente día.

**Enfermera en el centro promotor de salud:** actualiza la receta, brinda asesoramiento a los pacientes y, en ocasiones, ajusta el medicamento y la dosis en consulta por teléfono con un médico.

## Atención basada en equipos para las enfermedades no transmisibles en Nepal

A fin de abordar la carga cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles (ENT) en Nepal, la división de atención primaria de salud del Ministerio de Salud introdujo el paquete PEN<sup>3</sup> de la OMS en un proyecto piloto en los distritos de Kailali e Ilam. Dado el éxito de este proyecto piloto, el Ministerio de Salud decidió ampliar la implementación a 20 distritos en el año siguiente.

La detección temprana, el tratamiento y la derivación de los pacientes con hipertensión, diabetes y riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (con un enfoque de riesgo total) se realizan a nivel de la atención primaria de salud en el distrito.

Los servicios básicos de atención de las ENT son proporcionados a nivel de distrito por una red de centros y puestos de atención primaria de salud y, a nivel de las aldeas, por voluntarios comunitarios de salud. A nivel de la atención primaria de salud, se designa a un médico como gerente o administrador y, a nivel comunitario, un asistente de salud cumple estas funciones.

En los pacientes tanto nuevos como antiguos, el personal paramédico de los puestos de salud se encarga de medir la talla, el peso y tomar la presión arterial, además de determinar y evaluar el riesgo de enfermedades cardiovasculares utilizando herramientas de la OMS. En el caso de los pacientes que acuden a centros de atención primaria de salud, el médico realiza el diagnóstico sobre la base de los resultados de las mediciones de presión arterial, glucosa, colesterol total y exposición a factores de riesgo, además de hacer la receta.

Los pacientes reciben asesoramiento por parte de otros profesionales clínicos, asistentes de salud, personal de enfermería o auxiliares de enfermería o enfermeras comadronas, de acuerdo con la disponibilidad, quienes también están encargados de los registros impresos que se envían a la oficina de salud pública del distrito y al sistema nacional de información de salud.

Durante las consultas de seguimiento en los puestos de salud, los pacientes que no han alcanzado su objetivo de presión arterial son referidos nuevamente al médico, que ajusta los medicamentos o la dosis. Los pacientes con presión arterial y valores de glucosa controlados están a cargo del personal de salud paramédico en los puestos de salud.

Los pacientes que no asisten a la consulta en la fecha establecida son contactados por vía telefónica para recordarles que asistan a la siguiente consulta.

---

<sup>3</sup> Conjunto de Intervenciones Esenciales contra las Enfermedades No Transmisibles definido por la Organización Mundial de la Salud y conocido como PEN por su sigla en inglés.

## Funciones que desempeñan los integrantes del equipo

**Oficial médico<sup>4</sup>:** está a cargo en términos generales de la prestación de servicios para la atención de las ENT. Los oficiales médicos diagnostican, tratan a los pacientes y los derivan según sea necesario, recetan medicamentos y brindan asesoramiento.

**Auxiliar de salud de nivel superior:** está a cargo en términos generales de la prestación de servicios para la atención de las ENT. Son responsables de la detección temprana, el tratamiento y el asesoramiento de los pacientes. No recetan medicamentos, sino que renuevan las recetas, según lo prescrito por el médico.

**Personal de enfermería de atención primaria de salud (APS):** mide talla, peso y PA, brinda asesoramiento a los pacientes e ingresa los resultados de la medición de la PA y los datos sobre el tratamiento del paciente en el registro de ENT.

**Trabajador de salud asistente:** mide talla, peso y PA, brinda asesoramiento a los pacientes e ingresa los resultados de la medición de la PA y los datos sobre el tratamiento del paciente en el registro de ENT.

**Auxiliar de enfermería:** mide talla, peso y PA, brinda asesoramiento a los pacientes e ingresa los resultados de la medición de la PA y los datos sobre el tratamiento del paciente en el registro de ENT.

**Trabajador de salud comunitario:** brinda asesoramiento sobre nutrición y estilos de vida saludables.

**Farmacéutico de APS:** verifica la adhesión al tratamiento, dispensa los medicamentos y brinda asesoramiento sobre la forma adecuada de tomarlos.

## Redistribución de tareas en Etiopía

Etiopía tiene un número relativamente alto de trabajadores de la salud, pero su gran población hace que la razón de trabajadores de salud respecto a la población sea muy baja, de 0,84/1000 habitantes.

La escasez de trabajadores de salud se hizo perceptible a principios de la década del 2000 durante la crisis de la infección por el VIH/sida. Una de las reformas de política implementada por el gobierno etíope para abordar esta crisis fue un programa de redistribución de tareas, además de aumentar la educación previa al desempeño en diferentes niveles. Un programa de extensión de salud capacitó a trabajadores de salud comunitarios para brindar servicios de promoción de la salud y prevención a nivel comunitario (puestos de salud y visitas domiciliarias). De manera similar, con el objetivo de hacer frente a la escasez de médicos, en el año 2005 se puso en marcha el programa acelerado de capacitación de personal de salud. Además, las enfermeras también comenzaron procesos de capacitación dentro del propio servicio para realizar tareas adicionales como la prescripción de medicamentos para el tratamiento de pacientes con VIH.

En la actualidad, debido a la preocupación cada vez mayor por el aumento de las ENT, el país ha adoptado algunas prácticas de redistribución de tareas para integrar algunos servicios de atención de las ENT a nivel de la atención primaria

---

<sup>4</sup> Figura del sistema de salud con capacitación clínica (rango intermedio entre enfermería y medicina).

de salud como parte de proyecto piloto. La estrategia de redistribución de tareas se centra principalmente en la participación de las enfermeras en el tratamiento de enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes y la evaluación del riesgo de ECV por medio de algoritmos lógicos simples y guías de trabajo. Además, a nivel del hospital de primer nivel de atención, los médicos generales y oficiales de salud reemplazan el trabajo que realizan los especialistas. La capacitación para estos profesionales tiene un diseño en cascada, con la participación de especialistas de hospitales regionales que capacitan a médicos generales y personal de salud, quienes a su vez capacitan a enfermeras, las cuales capacitan a trabajadores de salud comunitarios.

El proyecto piloto ha mostrado resultados prometedores y está previsto que el Ministerio de Salud amplíe la aplicación de este modelo, de manera de que haya capacidad regional para realizar la capacitación y fortalecer la formación a nivel de grado al incluir en ella la integración de los servicios de atención de las ENT.

# Anexo. Ejercicios de planificación

Los ejercicios que se presentan a continuación tienen como objetivo facilitar a los coordinadores de los centros de salud la elaboración de flujogramas de trabajo para el proceso de preparación de la consulta, la consulta en sí y el seguimiento posterior.

Se proporcionan ejemplos de flujogramas y se invita al usuario del presente módulo a:

- comparar los procesos de su propio programa con estos ejemplos de buenas prácticas y
- usar la plantilla proporcionada para diseñar flujogramas para el futuro.

Como parte del ejercicio, se invita al usuario del módulo a trabajar con los miembros del personal a través de una serie de preguntas relacionadas con los procesos actuales, con las cuales puede detectar obstáculos o reiteraciones que deben superarse o corregirse para llegar al proceso ideal. Por ello se anima al usuario a pensar en formas en las que se pueden ajustar los procesos actuales a fin de incorporar los distintos integrantes del equipo de atención de salud.

## Planificación de la consulta

- Plantilla para trazar el flujograma de trabajo
- Evaluación del proceso actual

## Consulta

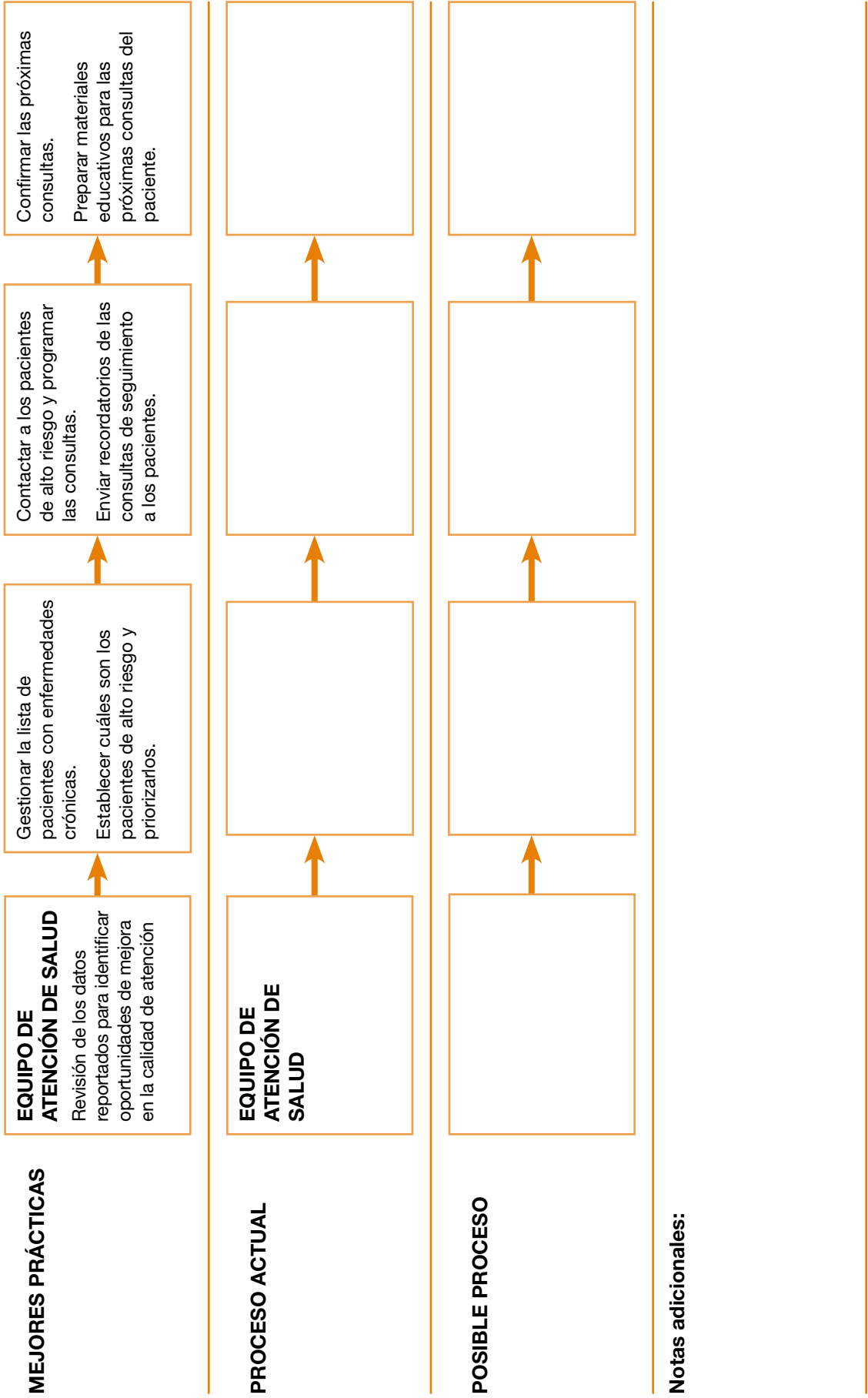
- Plantilla para trazar el flujograma de trabajo
- Evaluación del proceso actual

## Seguimiento posterior a la consulta.

- Plantilla para trazar el flujograma de trabajo
- Evaluación del proceso actual

El siguiente material se ha adaptado de: ABCS Toolkit for the Practice Facilitator, Healthy Hearts NYC. New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2017.

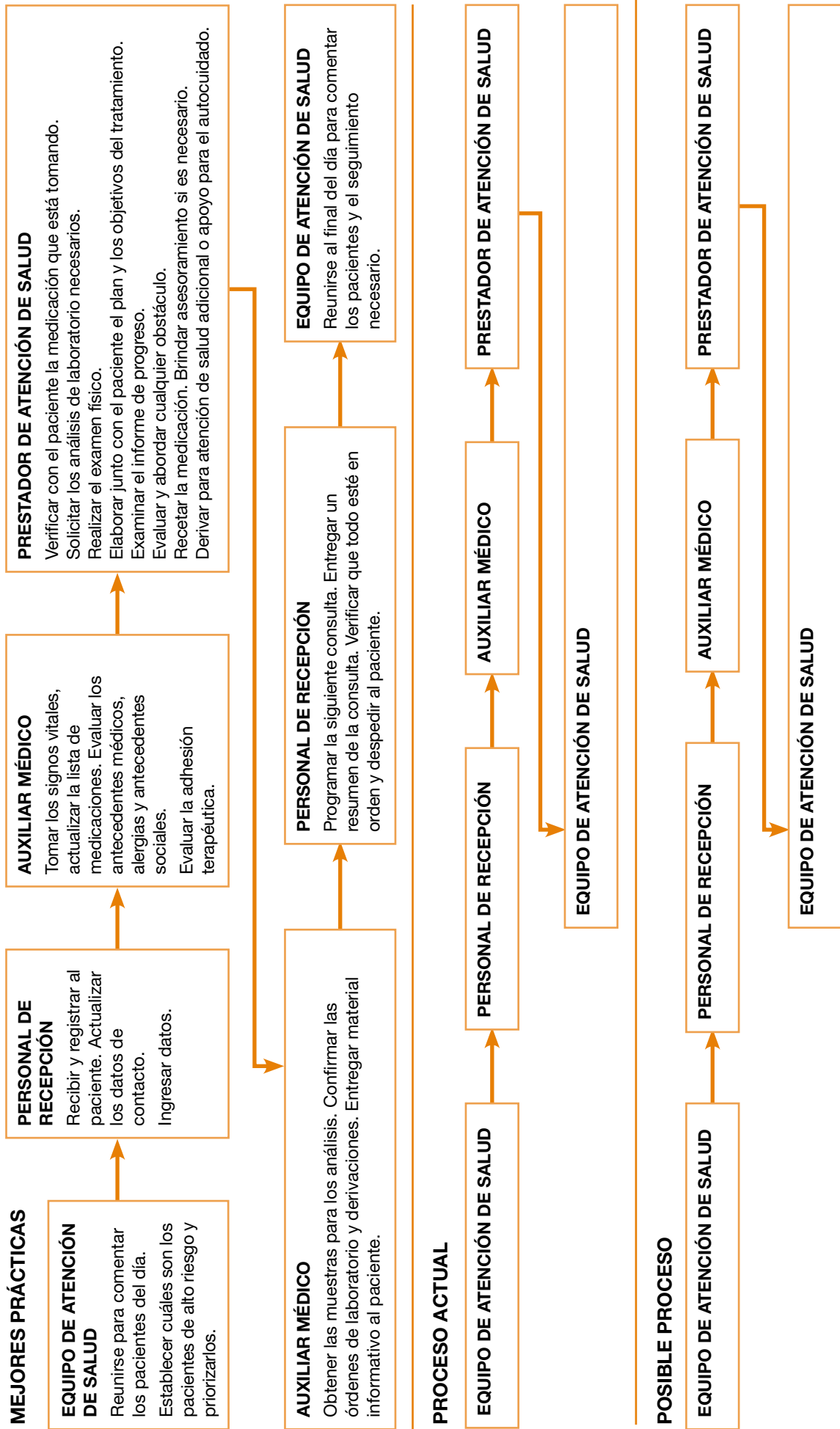
**Planificación previa a la consulta. Plantilla para trazar el flujoograma de trabajo**



## Planificación previa a la consulta. Evaluación del proceso actual

Proceso	Proceso actual	Obstáculos y reiteraciones	Proceso ideal
1. ¿El programa de atención en el centro de salud lleva a cabo una planificación preconsulta?? Describa el proceso.			
<b>Registro y notificación</b>	<b>Proceso actual</b>	<b>Obstáculos y reiteraciones</b>	<b>Proceso ideal</b>
2. ¿Cómo se realiza el seguimiento y se registra a los pacientes con enfermedades crónicas?			
3. ¿Se realiza el seguimiento a los grupos de alto riesgo? ¿Cómo se alerta al médico?			
4. ¿Cuáles son los requerimientos actuales de notificación (por ejemplo, grupos de pacientes específicos, estudios en el tiempo, informes de desempeño clínico, pacientes que se reciben por derivación, indicadores para medir la atención de pacientes)?			
¿Con qué frecuencia se elaboran los informes?			
5. ¿Alguien del centro de salud o del programa revisa las historias clínicas?			
¿Con qué frecuencia?			
Describa este proceso			
<b>Notas adicionales:</b>			

## Consulta. Plantilla para trazar el flujograma de trabajo





## Consulta. Evaluación del proceso actual

Recepción del paciente	Proceso actual	Obstáculos y reiteraciones	Proceso ideal
1. ¿Cuál es el tiempo promedio de espera de los pacientes para ver al médico?			
2. ¿Cómo notifica la recepción al auxiliar médico que el paciente está listo para regresar con él?			
<b>Signos vitales y admisión</b>	<b>Proceso actual</b>	<b>Obstáculos y reiteraciones</b>	<b>Proceso ideal</b>
3. El programa cuenta con un consultorio o un área específica para la clasificación de los pacientes de acuerdo con la urgencia de la atención ( <i>triage</i> )? ¿Quién hace el <i>triage</i> ? ¿Dónde y cómo se hace? ¿Qué aspectos se evalúan? ¿Cómo se lleva a cabo el registro?			
4. ¿Quién realiza la evaluación inicial, es decir, determinación de los motivos de consulta, recopilación de datos subjetivos proporcionados por el paciente, etc.?			
5. ¿Quién se encarga de revisar los medicamentos actuales que constan en la historia clínica? ¿La información se actualiza en cada consulta?			
6. ¿Se realizan actividades de detección y asesoramiento para el abandono del tabaco en aquellos pacientes que consumen tabaco?			
<b>Prestador de atención de salud</b>	<b>Proceso actual</b>	<b>Obstáculos y reiteraciones</b>	<b>Proceso ideal</b>
7. ¿Cuál es el mecanismo de comunicación y transferencia de información entre el auxiliar médico y el prestador de atención de salud (por ejemplo, control de signos vitales, inquietudes)?			
8. Revisar el manejo del prestador de atención de salud de los pacientes con enfermedades crónicas, es decir, derivaciones, verificación de la medicación y adhesión al tratamiento, procedimientos de tratamiento, etc.			

## Consulta. Evaluación del proceso actual (continuación)

9. ¿Qué mecanismo utiliza el prestador de atención de salud para avisar al asistente médico que el paciente está listo para terminar la consulta? ¿Qué actividades se llevan a cabo, por ejemplo, entrega del recibo de pago, órdenes de laboratorio, vacunas, etc.?			
10. ¿Cuánto tiempo emplea el prestador de atención de salud en redactar las notas de la consulta? ¿Lo hace durante o después de la consulta? ¿En qué momento aprueba el registro en la historia clínica?			
<b>Alta</b>	<b>Proceso actual</b>	<b>Obstáculos y reiteraciones</b>	<b>Proceso ideal</b>
11. ¿Las recetas se entregan al paciente o se envían directamente a la farmacia?			
12. ¿Quién se encarga de entregar al paciente su medicación y los materiales de educación relacionados? (por ejemplo, el farmacéutico o el médico durante la consulta)?			
13. ¿Quién brinda educación sobre salud al paciente? ¿Cuál es el método utilizado (es decir, en papel, en formato electrónico)?			
<b>Derivaciones</b>	<b>Proceso actual</b>	<b>Obstáculos y reiteraciones</b>	<b>Proceso ideal</b>
14. ¿Cuenta con una lista de prestadores de servicios de salud a quienes se suele derivar a los pacientes?			
<b>Salida de la consulta</b>	<b>Proceso actual</b>	<b>Obstáculos y reiteraciones</b>	<b>Proceso ideal</b>
15. ¿Cómo se direcciona el paciente hacia los trámites de salida? Describa el proceso de salida.			
16. ¿Se programa una consulta de seguimiento? ¿Se proporcionan instrucciones o educación sobre salud?			
17. Durante el trámite de salida, ¿se le proporciona al paciente algún tipo de formulario?			
<b>Notas adicionales:</b>			

## Seguimiento posterior a la consulta. Plantilla para trazar el flujograma de trabajo

### MEJORES PRÁCTICAS SEGUIMIENTO POSTERIOR A LA CONSULTA

**PERSONAL ADMINISTRATIVO**  
Confirmar la documentación de facturación apropiada.

**PERSONAL DE RECEPCIÓN**  
Dar seguimiento a las derivaciones. Enviar recordatorios de seguimiento al paciente.  
Responder los mensajes de los pacientes.  
Enviar los mensajes urgentes al prestador de la atención de salud.

**PRESTADOR DE ATENCIÓN DE SALUD**  
Analizar los resultados de los análisis de laboratorio.  
Contactar a los pacientes con resultados anormales.  
Responder a los mensajes de los pacientes.

### PROCESO ACTUAL DE SEGUIMIENTO POSTERIOR A LA CONSULTA

**PERSONAL ADMINISTRATIVO**

**PERSONAL DE RECEPCIÓN**

**PRESTADOR DE ATENCIÓN DE SALUD**

### POSIBLE PROCESO DE SEGUIMIENTO POSTERIOR A LA CONSULTA

**PERSONAL ADMINISTRATIVO**

**PERSONAL DE RECEPCIÓN**

**PRESTADOR DE ATENCIÓN DE SALUD**

Notas adicionales:

## Seguimiento posterior a la consulta. Evaluación del proceso actual

Derivación	Proceso actual	Obstáculos y reiteraciones	Proceso ideal
1. ¿Cómo se cierra el proceso de derivación para garantizar la continuidad de la atención (por ejemplo, enfermera, auxiliar médico, administrado)?			
2. ¿Se hacen derivaciones externas habitualmente? ¿Se reciben derivaciones? ¿Qué es lo más habitual? Describa los procesos en general.			
<b>Llamadas telefónicas</b>	<b>Proceso actual</b>	<b>Obstáculos y reiteraciones</b>	<b>Proceso ideal</b>
3. ¿Cuáles son los temas tratados con más frecuencia durante las llamadas telefónicas (por ejemplo, renovación de la receta, resultados de laboratorio, derivación a otros prestadores)? Describa el proceso. ¿Hay políticas específicas en relación con el tiempo de respuesta?			
4. ¿Cómo se hace el seguimiento de las llamadas entrantes? (es decir, se organiza un seguimiento telefónico por cada llamada entrante)			
5. ¿Cuál es el proceso utilizado para la devolución de las llamadas? (por ejemplo, llamadas realizadas para informar sobre los resultados de laboratorio)			
<b>Llamadas telefónicas</b>	<b>Proceso actual</b>	<b>Obstáculos y reiteraciones</b>	<b>Proceso ideal</b>
6. ¿El prestador realiza llamadas telefónicas fuera del horario de atención o durante el fin de semana? ¿Cómo se documentan? Describa el proceso.			
<b>Notas adicionales:</b>			

# Bibliografía

- 1 Hearts: technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
- 2 Cardiovascular disease: team-based care to improve blood pressure control. A Community Guide systematic review; 2012 (<https://www.thecommunityguide.org/findings/cardiovascular-disease-team-based-care-improve-blood-pressure-control>, consultado el 6 de octubre del 2017).
- 3 Joshi R, Alim M, Kengne AP, Jan S, Maulik PK, Peiris D, et al. Task shifting for non-communicable disease management in low- and middle-income countries – a systematic review. PLOS ONE. 2014;9(8).
- 4 Operations manual for delivery of HIV prevention, care and treatment at primary health centres in high-prevalence, resource-constrained settings: edition 1 for field testing and country adaptation. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- 5 Schottenfeld L, Petersen D, Peikes D, Ricciardi R, Burak H, McNellis R, et al. Creating patient-centered team-based primary care. AHRQ pub. no. 16-0002-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; marzo del 2016.
- 6 Proia KK, Thota AB, Njie GJ, Finnie RKC, Hopkins DP, Mukhtar Q, et al. Team-based care and improved blood pressure control: a Community Guide systematic review. Am J Prev Med. 2014;47(1):86-99. doi: 10.1016/j.amepre.2014.03.004.
- 7 Sinsky C, Rajcevic E. Implementing team-based care to increase practice efficiency: engage the entire team in caring for patients. American Medical Association; 2015 (<https://www.stepsforward.org/modules/team-based-care>, consultado el 16 de octubre del 2017).
- 8 Bunluesin S. Visita al hospital de Ongkharak, informe de viaje, 2017.
- 9 National training on hypertension for health care workers in Ethiopia: facilitator's manual. Ministry of Health; 2016.

# Información adicional

Cardiovascular disease: interventions engaging community health workers. A Community Guide systematic review. Marzo del 2015 (<https://www.thecommunityguide.org/findings/cardiovascular-disease-prevention-and-control-interventions-engaging-community-health>, consultado el 19 de octubre del 2017).

Carter BL, Bosworth HD, Green B. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse and teamwork in hypertension therapy. *J Clin Hypertens*. 2012;14(1):51-65. doi: 10.1111/j.1751-7176.2011.00542.x

Community health workers and Million Hearts. Million Hearts ([https://millionhearts.hhs.gov/files/MH\\_CommHealthWorker\\_Factsheet\\_English.pdf](https://millionhearts.hhs.gov/files/MH_CommHealthWorker_Factsheet_English.pdf), consultado el 10 de octubre del 2017).

Gaziano T, Abrahams-Gessel S, Surka S, Sy S, Pandya A, Denman CA, et al. Cardiovascular disease screening by community health workers can be cost-effective in low-resource countries. *Health Aff*. 2015;39(9):1538-45.

Hypertension control: action steps for clinicians. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; 2013 ([https://millionhearts.hhs.gov/files/MH\\_HTN\\_Clinician\\_Guide.pdf](https://millionhearts.hhs.gov/files/MH_HTN_Clinician_Guide.pdf), consultado el 10 de octubre del 2017).

Mitchell P, Wynia M, Golden R, McNellis B, Okun S, Webb CE, et al. Core principles and values of effective team-based health care. Discussion Paper. Washington, DC: Institute of Medicine; 2012 ([www.iom.edu/tbc](http://www.iom.edu/tbc)).

Patel P, Ordunez P, Di Pette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, et al. Improved blood pressure control to reduce cardiovascular disease morbidity and mortality: The Standardized Hypertension Treatment and Prevention Project. *J Clin Hypertens*. 2016;18(12):1284-94. doi: 10.1111/jch.12861

Promoting Team-Based Care to Improve High Blood Pressure Control. Atlanta, GA: División de Prevención de Enfermedades Cardíacas y Accidentes Cerebrovasculares, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. 2018. (<https://www.cdc.gov/dhdsp/pubs/guides/best-practices/team-based-care.htm>).

Sidney S. Team-based care: a step in the right direction for hypertension control. *Am J Prev Med*. 2015;49(5):e81-e82. doi: 10.1016/j.amepre.2015.05.014

Un recurso de capacitación de trabajadores de salud comunitaria para la prevención de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares. Atlanta, GA: División de Prevención de Enfermedades Cardíacas y Accidentes Cerebrovasculares, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. 2015. Disponible en español en [https://www.cdc.gov/dhdsp/programs/spha/chw\\_training/index.htm](https://www.cdc.gov/dhdsp/programs/spha/chw_training/index.htm), consultado el 19 de octubre del 2017.

Xavier D, Gupta R, Kamath D, Sigamani A, Devereaux PJ, George N, et al. Community health worker-based intervention for adherence to drugs and lifestyle change after acute coronary syndrome: a multicentre, open, randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016;4(3):244-53. 34



# HEARTS



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas