

Consultas grupales, una alternativa rentable a rescatar.

Bonal Ruiz Rolando¹
Mercedes Marzan Delis²
Raiza González García³

¹ Policlínico Ramón López Peña, Santiago de Cuba, Cuba, rolandobonal@infomed.sld.cu

² Unidad Provincial de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades, Santiago de Cuba. mercedes.marzan@infomed.sld.cu

³ Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. raizagonzalez@infomed.sld.cu

RESUMEN:

Antecedentes: las consultas grupales (CG) o citas médicas compartidas, fueron una opción a comienzos de la Medicina General Integral en Cuba en la década del 90; son encuentros educativos con usuarios/pacientes a quienes se les ofrecen orientaciones que no dieron tiempo en una consulta tradicional. Es una de las características principales de la medicina familiar (MF) del futuro, según sociedades de MF foráneas, actualmente hay evidencias de su efectividad y costo beneficio a nivel internacional

Objetivo: Identificar las evidencias de efectividad de las CG, dificultades y perspectivas de realización en el contexto cubano

Método: estudio descriptivo, transversal, revisión literatura en base de datos : Pubmed, Medline, Lilacs, (“shared medical appointment,” “group visit,” “team appointment,” “group care)

Resultados: Las CG han demostrado tener beneficios de efectividad pues disminuyen las visitas a servicios de urgencias, las hospitalizaciones, las visitas de atención especializada, hay un mejor conocimiento de la condición crónica y situación del usuario; más comportamientos saludables, mayor satisfacción del paciente y del proveedor, y una mejor productividad de este último; se logra un paciente más activo, empoderado y participativo. Sin embargo la realización de estas CG presentan desafíos que es necesario superar

Conclusión: fortalecer la participación comunitaria a través de la prevención y promoción para mejorar los estilos de vida, es uno de 5 lineamientos de la salud pública para la política económica y social del país hasta el año 2021; una comunidad de usuarios /pacientes participativos, conscientes, representa una alternativa que es necesario rescatar, apoyándolas fuertemente desde cada nivel directivo

palabras claves: renovación de la atención primaria, atención primaria de salud, médicos de familia, consultas grupales

I. INTRODUCCIÓN

Las consultas grupales (CG) o citas médicas compartidas (grupos educativos de pacientes a los cuales al mismo tiempo se les consultaba) fueron populares en Cuba en la década del 90, aunque con otros nombres: puericultura grupal ¹, clubes de embarazadas (consultas grupales prenatales) ², escuela de hipertensos ³, etc, los propios autores de este trabajo, tuvieron experiencias propias de ellas, describiendo los beneficios de esas prácticas^{1,2}; infelizmente el poco reconocimiento de la gestión, el esfuerzo de su preparación, la falta de recursos básicos no garantizaba su continuidad y fueron abandonadas. Años después hubo un resurgir de su realización e incentivación en otras partes del mundo, sobre todo en la medicina familiar (al punto de que fueron consideradas una de las características principales del nuevo modelo de medicina familiar para el siglo XXI de algunas sociedades de medicina familiar foráneas ^{4,5}, desde entonces ha sido incluido en el programa de formación de los médicos de familia ⁶ siendo obligatorio la realización de éstas por parte del residente como actividad docente asistencial, mas no solo forma parte de la atención primaria sino que se han extendido a otras especialidades como ginecobstetricia⁷, reumatología⁸, neurología⁹, cardiología ¹⁰, oncología¹¹ etc

Las CG, se extiende no solo a las consultas prenatales y de puericultura⁶, sino también a otras situaciones como las condiciones crónicas no transmisibles (CCNT) ¹², supervivientes de cáncer¹¹, mujeres con dolor pélvico⁷, pacientes con artritis reumatoide⁸, dolor crónico¹³, cáncer de mama, enfermedad renal crónica, enfermedad de Parkinson, incontinencia urinaria de esfuerzo y síndrome del túnel carpiano¹⁴, etc En el caso de las CCNT existen abundantes datos^{15,16} sobre los excesivos gastos que acarrearán las condiciones crónicas no controladas, sobre tanto en los costos directos: ingresos hospitalarios de pacientes adultos mayores, uso de medicamentos, insumos para el control de la enfermedad, uso de atención médica especializada etc, así como en los costos indirectos: (ausentismo laboral, reducción o pérdida de la productividad debido a la morbilidad y mortalidad temprana, y la reducción de la calidad de vida entre los pacientes y sus familiares que los cuidan), el limitado espacio de las consultas tradicionales no da tiempo a la educación, orientación, y para abordar las necesidades personales de un paciente junto con todas las recomendaciones basadas en evidencia y centradas en el paciente del paciente y su familia, de manera que puedan prevenir complicaciones, retrasar una enfermedad con un pacientes con riesgo, mitigar sus efectos devastadores, a través de la elección de alimentos saludables, actividad física y la pérdida de peso y evitar las causas y consecuencias que acarrearían los gastos arriba mencionados; una alternativa viable es la realización de consultas grupales donde se aprovecha el apoyo y la motivación del grupos de pares que les ayude a obtener el conocimiento, la habilidad y la destreza necesarios para el autocuidado; una reciente publicación ha demostrado la efectividad de las CG que al lograr hacer participar a los pacientes, hacen que éstos tengan más conciencia de su situación, por la influencia de los pares, lo que se ha denominado “efecto grupal”, éstos autores descubrieron 9 mecanismos para explicar cómo funcionan las consultas grupales¹⁷: ((1) *La exposición grupal en CG combate el aislamiento, lo que a su vez ayuda a eliminar las dudas sobre la capacidad del paciente para manejar la enfermedad;* (2) *Los pacientes aprenden sobre el automanejo/autocuidado de la enfermedad al presenciar las experiencias de la condición de los demás;* (3) *Los pacientes se sienten inspirados al ver a otros que lo están haciendo bien;* (4) *La dinámica de grupo lleva a los pacientes y proveedores a desarrollar relaciones más equitativas;* (5) *Los proveedores sienten una mayor apreciación y una buena relación con los colegas que les permite una mayor eficiencia;* (6) *Los*

proveedores aprenden de los pacientes la mejor forma de satisfacer las necesidades de sus pacientes; (7) La asignación de tiempo adecuada de las CG lleva a los pacientes a sentirse apoyados; (8) Los pacientes reciben experiencia profesional del proveedor en combinación con información de primera mano de sus pares, lo que resulta en un conocimiento más sólido de la salud; y (9) Los pacientes tienen la oportunidad de ver cómo los médicos interactúan con otros pacientes, lo que les permite conocer al médico y determinar mejor su nivel de confianza). (ver Gráfica 1)

En tiempos de renovación de la atención primaria, tanto en el mundo, América Latina como Cuba, es hora de mudar rutinas inefectivas, por procedimientos novedosos que sean efectivos y sostenibles, -al menos usar alternativas probadas en la práctica-, a tal fin autores cubanos como López Puig y colegas¹⁸ recomienda como una de las medidas de renovación de la APS en Cuba : “evaluar los diferentes sistemas basados en APS e **identificar, difundir, analizar, adoptar y evaluar** prácticas con evidencia de alto desempeño”, por tal motivo se realiza este trabajo que tiene por objetivo: identificar las evidencias , los desafíos y perspectivas de desarrollo de las CG en la atención primaria en Cuba

II. MÉTODO

Se realiza una revisión de la literatura tanto nacional como internacional usando los términos de búsqueda, tanto en inglés como en español en la base de datos, Pubmed, Medline, Lilacs, sciencie direct, (“shared medical appointment,” “group medical appointment,” “shared appointment,” “group appointment,” “shared visit,” “group visit,” “team appointment,” “team visit” , “group care.”) , de los resultados se infieren los beneficios basados en evidencias científicas de efectividad y las dificultades o barreras modificables para su implementación

III. RESULTADOS

Generalidades

Las CG o citas médicas compartidas se han definido como “una serie de consultas en un entorno grupal de apoyo que atienden de forma secuencial las necesidades médicas únicas de cada paciente individualmente, donde todos pueden escuchar, interactuar y aprender”⁵, se brinda educación, orientaciones y se promueve el autocuidado/automanejo, son impartidas por un médico facilitador de forma didáctica e interactiva, pudiendo usar otros facilitadores como enfermera(o), nutricionista, fisioterapeutas, psicólogos de la salud, profesor de cultura física, etc en equipo transprofesional , se consideran CG integrales pues se atienden las necesidades psicosociales del pacientes, sus dudas, preguntas, etc, de forma transdisciplinaria con una atención centrada en la persona; pueden aceptarse hasta 15 pacientes. Pueden realizarse de una forma homogénea a usuarios de atención con una misma condición (madres de lactantes¹, grupos de embarazadas², , pacientes hipertensos¹⁹, pacientes diabéticos²⁰, pacientes asmáticos y con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas²¹ etc) o de forma heterogénea Ej. (pacientes con condiciones crónicas¹² que tienen particularidades en común: mismos factores de riesgo, larga evolución, necesidad de conocer el manejo del tratamiento, de síntomas psicológicos, habilidades de comunicación con el proveedor de salud etc), algunos autores proponen firmar entre los participantes acuerdos de confidencialidad para lograr un intercambio de información que puede considerarse privada pero que ayudará a otras que tengan problemas similares

Se ha demostrado que las visitas grupales aumentan la satisfacción del médico y del paciente además de mejores resultados fisiológicos. Son un enfoque eficiente y rentable para distribuir información y para involucrar a pacientes con diagnósticos similares. Egger y autores²² señalan una serie de ventajas **para los pacientes** : (mejor calidad y acceso a la atención , tiempo adicional con su propio médico y un ritmo de atención más relajado, apoyo mutuo y retroalimentación de pacientes con condiciones similares, atención multidisciplinaria de una variedad de (2-4) proveedores, respuestas a preguntas que quizás no hayan pensado hacer (porque otros en el grupo preguntan) , una opción de atención médica adicional, mayor educación de automanejo y atención a problemas psicosociales) ; **para los médicos** : (Aumento de la productividad / costo-efectividad / efectividad del tiempo del médico, mejor gestión de listas de espera, reducida repetición de información y consejos, una oportunidad para salir de la abrumadora fila de visitas individuales, puede contener costos y una oportunidad de conocer mejor a los pacientes en un entorno interactivo)

Para el sistema de salud, varias revisiones sistemáticas muestran la rentabilidad de las CG, sobre todo para las condiciones crónicas, Edelman²³ y Quiñones²⁴ muestran como las CG han reducido la cantidad de atención urgente, visitas al departamento de emergencia y hospitalizaciones, mejora del control metabólico, menos visitas de atención especializada, mejor conocimiento de la enfermedad y comportamientos saludables.

Egger²² también menciona que las CG reducen los costos de pacientes diabéticos en un 30%

Puede considerarse las CG provechosas y retributivas, no solo en lo económico sino en lo organizativo e institucional, no por gusto son integradas a la práctica de muchos sistemas de salud del mundo, sobre todo en países desarrollados

Barreras para implementar las CG en Cuba y algunas propuestas de solución

En Cuba las barreras y desafíos para implementar las CG no difieren mucho de la de otros países²⁵

Algunas barreras modificables podrían ser:

- a) **Poca preparación del profesional de salud para esta actividad**, sobre todo del médico de atención primaria: La educación y promoción de salud mejorada debe ser parte integral de la formación del médico de familia, y debe formar parte del curriculum de la especialidad ; la palabra doctor, proviene del latín docere que significa enseñar ; la función de educador al paciente, promotor de salud es una de las 8 competencias esenciales del médico de familia ²⁶, se requieren habilidades para trabajar con grupos, hacer prescripción social, tener en cuenta la alfabetización de salud y emplear técnicas motivacionales y de empoderamiento, consejería conductual , etc que superen aquella educación paternalista, autoritaria, basada en el conocimiento la cual debe ser sustituida por una educación interactiva, participativa, dialógica basada en habilidades de autocuidado/automanejo que fomente la responsabilidad personal en la salud²⁷
- b) **Poco apoyo de las gerencias, gestiones a todos los niveles, poco apoyo administrativo**: que no reconocen el trabajo grupal educativo ni lo incentivan, la mayoría de las intervenciones educativas grupales forman parte de ensayos para trabajos de terminación de graduaciones (especialidades, maestrías), que son producto del activismo, voluntad y la motivación de los practicantes, son intervenciones poco sostenibles, episódicas. El apoyo al autocuidado/automanejo de condiciones de larga evolución por parte de los sistemas de salud, es uno de

llamados urgentes de la Organización Mundial de la Salud²⁸ a tener en cuenta en esas condiciones, y unos de los desafíos para su implementación en América Latina²⁹ Las exigencias de realización de las CG, también son un acicate para su realización, algunas academias de medicina familiar de otros países exigen a sus miembros realizar una consulta grupal una vez al mes³⁰

- c) **Falta de detalles de los procedimientos operativos** que permitan estandarizar el contenido y el formato para cada entidad nosológica, consulta prenatal y de niño sano, de manera que pueda servir de guía para la realización de las CG. (horario, número de participantes, sistematicidad etc.) Eso no es problema si grupos de desarrollo de la especialidad se proponen diseñar y redactar los manuales
- d) **Falta de materiales educativos, audiovisuales de apoyo** (folletos, videos, etc.), la mayoría de los materiales educativos (de educación sanitaria) producidos en el país responden a una educación para la salud social, pero no a una educación al paciente, clínica; las producciones de éstos materiales no deben verse como gastos sino como inversión, dado las numerosas ventajas y efectividad de las CG
- e) **Falta de instalación y espacios adecuados**, el salón de espera del consultorio en horario vespertino o deslizantes podría ser ideal para estas actividades ; una escuela o lugar apropiado cercano al consultorio podrían ser otras alternativas
- f) **Renuencia de los profesionales a cambiar su forma de consultar** (resistencia al cambio) esto es normal en el inicio de toda actividad, sobre todo desconocida, que generará escepticismo, más las resistencias iniciales serán superadas en el transcurso del tiempo previo apoyo de la gestión
- g) **Resistencia de los tomadores y planificadores de políticas de salud:** es natural al desconocer las evidencias de efectividad y las posibilidades de adaptación al contexto sociocultural del país
- h) **Exige mucha preparación, poco tiempo para realizarlas**, si se incentivaran y reconocieran por la administración y la gestión, sería recompensado el esfuerzo de la preparación, el tiempo que se invierte en realizarlo es tiempo que se gasta en consultas como si fueran consultas individuales, que también deben formar parte de la producción estadística

Careyva encontró un grupo de barreras para realizar las CG tanto en profesionales de salud ³¹, como en los propios pacientes ³², entre ellas se encontró en los médicos, la falta de capacitación y experiencia en aquellos galenos novatos ; en los que ya la practicaban los principales desafíos fueron el transporte para los pacientes, el pago de las consultas , el reclutamiento y la permanencia del paciente, a nivel del usuario de la atención grupal , las principales dificultades fueron el tiempo para asistir, la no asistencia por causa del trabajo y otras responsabilidades, prefiriendo los pacientes las consultas los horarios vespertinos y nocturno en horario deslizante.

Jones²⁵ también encontró como un desafío en los profesionales de salud la falta de confianza y habilidades para realizar las CG

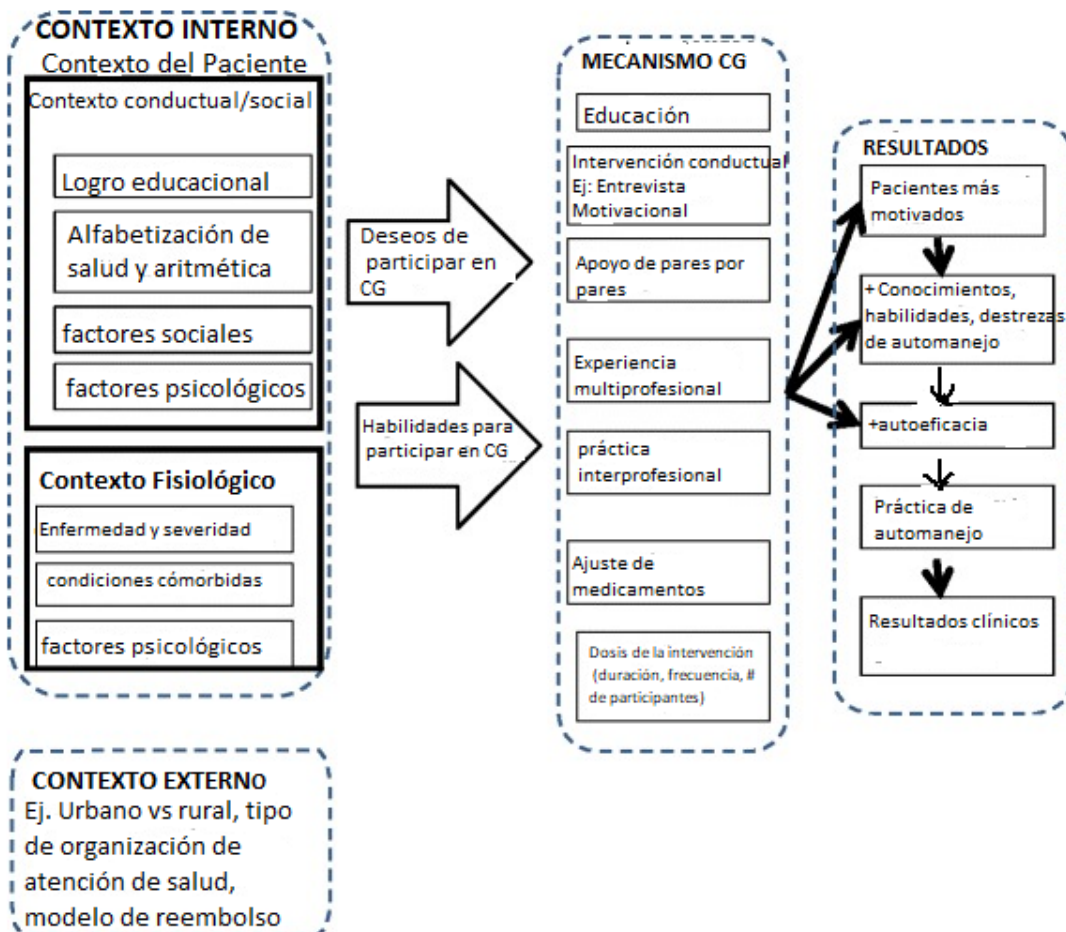
En Cuba existen posibilidades y potencialidades que no existen en otros países, pues existen profesionales aliados de ciencias de salud fácilmente disponibles y accesible como psicólogos de salud, fisioterapeutas, nutricionista, profesor de cultura física, etc, no existen barreras como las dificultades para el pago de las consultas ni con el transporte para acudir al consultorio. Las consultas grupales son una alternativa rentable que valdrían la pena poner en práctica, sobre todo por su efectividad, y podrían darle salida al lineamiento No 127 *“Fortalecer las acciones de salud con la participación intersectorial y*

comunitaria en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida, que contribuyan a incrementar los niveles de salud de la población”³³, ya que un grupos de pacientes con intereses comunes constituyen una comunidad, que al ser más participativa, activa, empoderada garantiza mejores cumplimientos, adherencia al tratamiento y orientaciones preventivas , mejores resultados clínicos y ahorro de costos

IV. CONCLUSIONES

Las CG no están destinadas a reemplazar las consultas individuales tradicionales, sino a ser un complemento integral que satisfaga las inquietudes, necesidades educativas y psicosociales del paciente, pero deben estimularse y apoyarse desde la gestión de salud, de manera de estimular a otros profesionales que quieran hacerlas, no deben ser una horma fija sino en bases estandarizadas y realizarse según los recursos disponibles con los que se cuentan. Una comunidad de usuarios /pacientes participativos, conscientes, representa una alternativa económica que es necesario rescatar, apoyándolas fuertemente desde las gerencias y gestiones de salud en cada nivel

Gráfica 1



CG= Consultas Grupales. Modelo conceptual del Contexto (interno y externo), Mecanismo de funcionamiento y Resultados de las CG. Tomado de: Kirsh SR et al. A realist review of shared medical appointments: How, for whom, and under what circumstances do they work?. BMC Health Serv Res. 2017 Feb 4;17(1):113.

REFERENCIAS

1. Bonal Ruiz R, Forment X . Círculos de lactantes o Puericultura Grupal ¿una nueva opción? . Rev Cubana de Med Gen Integral. 1994;10(2):118-123
2. Bonal RR, Algunos aspectos del circulo de embarazadas en el consultorio. Rev Cubana de Med Gen Integral. 1992;8(2):160-164.
3. Del Valle Llagostera JG, Plasencia Asorey C, del Valle García N. Escuela comunitaria para modificación de conocimientos en pacientes con hipertensión arterial. MEDISAN, 2011;15(4): 475-481
4. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, et al. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. Ann Fam Med. 2004 ;2(Suppl 1):S3–S32. Disponible em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466763/>
5. Spann SJ. Task Force Six. Report on financing the new model of family medicine. Ann Fam Med. 2004;2(Suppl 3):S1–S21.
6. Page C, Reid A, Andrews L, Steiner J. Evaluation of prenatal and pediatric group visits in a residency training program. Fam Med. 2013 May;45(5): 349-53.
7. Chao MT, Abercrombie PD, Duncan LG. Centering as a model for group visits among women with chronic pelvic pain.J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012 Sep-Oct;41(5):703-10
8. Shojania K, Ratzlaff M. Group visits for rheumatoid arthritis patients: a pilot study.Clin Rheumatol. 2010 Jun;29(6):625-8.
9. Reich SG, Weiner WJ. Group visits for Parkinson disease: "the doctor will see all of you now". Neurology. 2011 May 3;76(18):1538-9.
10. Singrey AM, Mehta BH, Casper KA. Management of heart failure patients through integrative medical group visits.Am J Health Syst Pharm. 2015 Mar 1;72(5):349-51
11. Trotter K, Frazier A, Hendricks CK, Scarsella H. Innovation in survivor care: group visits. Clin J Oncol Nurs. 2011 Apr;15(2):E24-33.
12. Jaber R, Braksmajer A, Trilling J. Group visits for chronic illness care: models, benefits and challenges. Fam Pract Manag. 2006 Jan;13(1):37-40.
13. Gardiner P, Dresner D, Barnett KG, Sadikova E, Saper R. Medical group visits: a feasibility study to manage patients with chronic pain in an underserved urban clinic.Glob Adv Health Med. 2014 Jul;3(4):20-6.
14. Kelly F, Liska C, Morash R, Hu J, Carroll SL, Shorr R, Dent S, Stacey D. Shared medical appointments for patients with a nondiabetic physical chronic illness: A systematic review. Chronic Illn. 2017 Jan 1:1742395317731608
15. Gallardo K, Benavides FP, Rosales R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. Rev Cienc Salud. 2016;14(1):103-114.
16. OPS/OMS. La carga económica de las enfermedades no transmisibles en la región de las Américas. Informe temático sobre enfermedades no transmisibles. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14371&Itemid=270

17. Kirsh SR et al. A realist review of shared medical appointments: How, for whom, and under what circumstances do they work?. *BMC Health Serv Res*. 2017 Feb 4;17(1):113.
18. López Puig P, Segredo Pérez AM, García Milian AJ. Estrategia de renovación de la atención primaria de salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2014; 40(1): 75-84.
19. Junling G, Yang L, Junming D, Pinpin Z, Hua F. Evaluation of group visits for Chinese hypertensives based on primary health care center. *Asia Pac J Public Health*. 2015 Mar;27(2):12-16
20. Salinas-Martínez AM, Garza-Sagástegui MG, Cobos-Cruz R, Núñez-Rocha GM, Garza-Elizondo ME, Peralta-Chávez DF. Diabetes y consulta médica grupal en atención primaria. ¿Vale la pena el cambio?. *Rev Med Chil*. 2009 Oct;137(10):1323-32.
21. Fromer L, Barnes T, Garvey C, Ortiz G, Saver DF, Yawn B. Innovations to achieve excellence in COPD diagnosis and treatment in primary care. *Postgrad Med*. 2010 Sep;122(5):150-64
22. Egger G, Binns A, Cole MA, Ewald D, Davies L, Meldrum H, Stevens J, Noffsinger E. Shared medical appointments - an adjunct for chronic disease management in Australia?. *Aust Fam Physician*. 2014 Mar;43(3):151-4.
23. Edelman D, McDuffie JR, Oddone E, et al. Shared medical appointments for chronic medical conditions: A systematic review. US Department Veterans Affairs VA-ESP project #09-010: 2012
24. Quiñones AR, Richardson J, Freeman M, Fu R, O'Neil ME, Motu'apuaka M, Kansagara D. Educational group visits for the management of chronic health conditions: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2014 Apr;95(1):3-29.
25. Jones KR, Kaewluang N, Lekhak N. Group visits for chronic illness management: implementation challenges and recommendations. *Nurs Econ*. 2014 May-Jun;32(3):118-34
26. I Reunión Iberoamericana de Expertos en certificación profesional y acreditación en programas de medicina familiar. WONCA Región Iberoamérica- CIMF (Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar). Isla Margarita. Venezuela, Noviembre, 2003. Documento Técnico. Disponible en: http://cimfwonca.org/wp-content/uploads/Documentos-T%C3%A9cnicos-_espa%C3%B1ol.pdf
27. Bonal Ruiz R, Venereo Izquierdo LA, Marzán Delis M, Camilo Colás VM. Intervenciones educativas: algo más que medición de conocimientos. *Rev información Científica*. 2012, 74(2): Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/724/3063>
28. WHO. Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases (ncds) 2013-2020. Disponible en: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/#
29. Bonal-Ruiz R, López-Vásquez N, Vargas P, Meoño-Martín T, Brañas-Coelho R. Apoyo al automanejo de condiciones crónicas: un desafío de los sistemas de salud de América Latina. *Revista Finlay*, 2017, 7(4) ; Disponible en : <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/488>
30. Riley SB, Marshall ES. Group visits in diabetes care: a systematic review. *Diabetes Educ*. 2010 Nov-Dec;36(6):936-44.
31. Careyva BA, Johnson MB, Goodrich SA, Shaak K, Stello B. Clinician-Reported Barriers to Group Visit Implementation. *J Prim Care Community Health*. 2016 Jul;7(3):188-93
32. Careyva BA, Johnson MB, Shaak K, Stello B, Hansen SE. Patient-Reported Barriers and Limitations to Attending Diabetes Group Visits. *J Prim Care Community Health*. 2015 Oct;6(4):279-81.
33. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016-2021.