

**POLICLÍNICO DOCENTE II
“PABLO AGÜERO GUEDES”
CAIBARIÉN, VILLA CLARA**

COMUNICACIÓN

METODOLOGÍA PARA EVALUAR LA CALIDAD DEL INGRESO DOMICILIARIO.

Por:

MSc. Dr. Miguel Díaz González¹, Dra. María Elena Suárez Echemendía² y MSc. Lic. Lázaro Luis Hernández Vergel³

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Master en Salud Pública. Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Pediatría. Instructora. ISCM-VC.
3. Licenciado en Enfermería. Master en Atención Primaria de Salud. Instructor. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD
EVALUACIÓN DE PROCESOS Y
RESULTADOS (ATENCIÓN DE SALUD)
CUIDADOS DOMICILIARIOS DE SALUD

Subject headings:

QUALITY OF HEALTH CARE
OUTCOME AND PROCESS ASSESSMENT
(HEALTH CARE).
HOME NURSING

El ingreso domiciliario es la atención médica integral que se ofrece en el hogar, diariamente, por el Equipo Básico de Salud (EBS), a aquellos pacientes en los que las condiciones o evolución de su afección no requieren necesariamente de un ingreso en el hospital, pero sí de encamamiento, aislamiento o reposo¹; tuvo sus orígenes en 1947, cuando el doctor Bluestone, del Hospital “Montefiori” de New York, con su equipo del hospital y material necesario, se trasladaba al domicilio del enfermo, experiencia que recibió el nombre de “Home Care”; luego se extiende –como servicio de hospitalización a domicilio– a todos los países desarrollados, y para todos los grupos de edades². En Cuba, antes del triunfo revolucionario, la atención médica a la comunidad sólo la recibían las personas con recursos económicos suficientes para sufragar los gastos; no es hasta después de 1959, particularmente al surgir el médico y la enfermera de la familia, en 1984, en el Policlínico “Lawton”, cuando comienza su aplicación, con una nueva perspectiva que reportó resultados favorables, experiencia que más tarde se extiende a todo el país³.

A pesar de su fácil aplicación e innumerables ventajas, esta forma de atención no se aplica en todo su potencial social, económico y docente; es por ello que desde 1996, en las nuevas estrategias sanitarias del Ministerio de Salud Pública, recogidas en sus reuniones metodológicas, se plantea la necesidad del fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS), considerando una de sus estrategias de impacto: el ingreso en el hogar^{1,4,5}. Se señala como propósito desarrollar esta forma de atención, de manera progresiva y dando pasos sólidos, para lograr una mayor satisfacción a la población y elevar el nivel de competencia de los médicos y enfermeras de la familia, así como de los profesores del grupo básico de trabajo (GBT), para lo cual se hace indispensable la evaluación continua de su calidad y la implementación de propuestas de instrumentos para su mejora¹. Evaluar la calidad nos permitirá dar un mejor servicio y obtener mayores logros, al utilizar mejor los recursos, mediante la modernización de la organización del proceso de trabajo; por tanto, lograremos una mejor eficacia, eficiencia y efectividad^{6,7}.

La evaluación de la calidad y los programas de mejora continua son prioridades en nuestro sector^{1,4-8} y constituyen la principal área de gestión para la gerencia⁹. Son muchos los atributos o dimensiones de la calidad (competencia y desempeño profesionales, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, adecuación, continuidad, entre otros, los cuales deben ser operacionalizados según el contexto de cada institución de servicios de Salud¹⁰.

A continuación proponemos una metodología que permite la evaluación de diferentes atributos en el ingreso domiciliario y la determinación de medidas para mejorar la calidad, con una participación activa de proveedores y usuarios externos.

El diseño y la ejecución deben ajustarse a diferentes etapas:

ETAPA I:

Preparación del Proceso Educativo.

1. Revisión documental en el Sectorial Municipal de Salud y en la institución de:
 - Análisis de la Situación de Salud.
 - Actas de los Consejos de Dirección.
 - Informes de supervisiones realizadas a los diferentes niveles: municipio, área de salud, GBT y consultorios médicos.
 - Registro de asistencia del Departamento de Personal.
 - Registro de estadísticas continuas sobre ingresos domiciliarios.
2. Revisión bibliográfica, que incluye las Guías Metodológicas para el Trabajo de Enfermería y de la Atención Primaria de Salud.
3. Definición de las dimensiones de la calidad a evaluar, en dependencia de la institución, tiempo disponible, composición y experiencia de los evaluadores. (No deben evaluar demasiadas dimensiones en un solo proceso; se seleccionarán de acuerdo con la complejidad y prioridad que tengan para el objeto de la evaluación).
4. Selección de las categorías ocupacionales y personal en general a incluir en la evaluación (incluye a todas las personas que tienen incidencia directa o indirecta en los resultados y en dependencia de las dimensiones de la calidad a evaluar).
5. Determinación de criterios, indicadores y estándares a utilizar en la evaluación, teniendo en cuenta:
 - Estructura:
 - Recursos humanos (cantidad y nivel de competencia).
 - Recursos materiales (cantidad y calidad).
 - Estructura organizativa.
 - Proceso (previa selección de la enfermedad trazadora, según criterios de Kessner: frecuencia, importancia, vulnerabilidad, repercusión en la salud, satisfacción de los usuarios o ambas).
 - Indicación.
 - Diagnóstico
 - Interconsulta.
 - Discusión diagnóstica.
 - Tratamiento.
 - Estudios diagnósticos.
 - Seguimiento.
 - Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
 - Resultados:
 - Causa del ingreso (diagnóstico al egreso).

- Evaluación (estado al egreso).
- Complicaciones.
- Satisfacción del paciente, los familiares o ambos.
- Satisfacción de los proveedores.

Los criterios propuestos, entre otros muchos, podrán ser utilizados de acuerdo con las dimensiones seleccionadas para la evaluación; deben participar representantes del personal incluido en la misma, con experiencia en el desempeño de esta actividad, y deben fijarse estándares alcanzables en condiciones de una calidad aceptable de la atención. Cifras muy elevadas pueden favorecer la frustración del personal, y provocar la falta de compromiso con las medidas correctoras.

6. Selección y diseño de los instrumentos evaluativos a utilizar:

- Pruebas de competencia a médicos, enfermeras, profesores de GBT y gerentes.
- Guías de observación durante el desempeño de estos profesionales.
- Guías de auditorías de las historias clínicas individuales e historias de salud familiar.
- Encuestas a pacientes, familiares, líderes de la comunidad y proveedores.

7. Entrenamiento del personal que participará en el proceso.

ETAPA II: Ejecución del Proceso Educativo:

1. Aplicación de los instrumentos diseñados para evaluar los criterios seleccionados.
2. Determinación de las desviaciones existentes en relación con los estándares preestablecidos y clasificarlos en:
 - Problemas a los que se les conocen las causas y existen recursos para actuar sobre ellos.
 - Problemas a los que no se les conocen las causas.
 - Problemas para los que no existen recursos.
3. Determinación de medidas correctoras (Programas de mejora continua de la calidad): Mediante la aplicación de diferentes técnicas cualitativas de búsqueda de consenso del personal involucrado en su ejecución, el grupo definirá sus objetivos, tareas, cronogramas, responsables, indicadores, plazos para la monitorización del programa, así como las evaluaciones periódicas y los resultados que se esperan obtener.

ETAPA III: Seguimiento del Proceso.

1. Aplicación de los mismos instrumentos utilizados para la evaluación inicial.
2. Desarrollar las actividades de monitoreo y evaluación según lo planificado.

Esta metodología fue aplicada en un principio para evaluar la calidad de la atención en el desarrollo práctico del ingreso en hogares de zonas montañosas del Escambray y, con posterioridad, para evaluar la competencia, el desempeño y la satisfacción de los usuarios relacionados con esta actividad en el municipio de Caibarién, como trabajo de Terminación de Maestría en Salud Pública; ambas investigaciones permitieron lograr una participación activa del personal comprometido con su ejecución, pacientes, familiares y líderes comunitarios, e identificación y propuesta de mejora de un grupo de problemas de estructura, proceso y resultados durante esta práctica.

Referencias bibliográficas

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica de atención primaria y medicina familiar. La Habana: MINSAP; 2001.

2. Salgado Alba A. Asistencia geriátrica a domicilio. Hosp Rev Espec Geriatr Gerontol 1986; 21(2):105-12.
3. Moya MA, Garrido E, Rodríguez Abuines J, Fayol Moya R. Conocimientos generales para el ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr 1988;4(1):72-7.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Ingreso domiciliario. En: Carpeta metodológica. La Habana: MINSAP; 1999. p. 116-8.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Ingreso en el hogar. En: Carpeta metodológica 1999-2001. La Habana: MINSAP; 1999. p.16-7.
6. Piñón Vega J. Gerencia en la atención primaria de salud. En: Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R, Álvarez Villanueva R, et. al. Temas de medicina general integral vol. I. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 331-5.
7. Delgado Victore R. Dirección integrada de proyectos. La Habana: ISP "José Antonio Echeverría"; 2003.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Reunión de análisis de los principales problemas identificados. Proyecciones de trabajo. Síntesis ejecutiva por áreas de resultados claves. La Habana: Abril; 2003.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios. Manual para la organización y gestión del policlínico. La Habana: MINSAP; 2000.
10. Jiménez Cangos L, Báez Dueñas RM, Pérez Maza B. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. La Habana: MINSAP; 2000.