

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CUBA.  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA  
HABANA.**

**FACULTAD FINLAY- ALBARRÁN.**

**TÍTULO: METODOLOGÍA PARA EVALUAR  
LA CALIDAD ASISTENCIAL A LA  
ATENCIÓN DE LOS INGRESADOS EN EL  
HOGAR.**

AUTORA: Dra. Nidia Edenia Márquez Morales.  
TUTOR: Profesor. Dr.Cs. José Emilio Fernández-Britto  
Rodríguez.

**TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE DOCTOR  
EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Ciudad de La Habana.

2009.

## **AGRADECIMIENTOS.**

No se concibe un trabajo investigativo sin que en el participen de una forma directa e indirecta varias personas. En este trabajo han participado muchos compañeros, por lo que agradecer sería muy difícil pues podemos caer en el error de olvidar involuntariamente a alguien, a todos, muchas gracias.

De manera particular y especial quiero agradecer entre algunos profesores que han participado directamente en este trabajo, al Profesor Dr.Cs José E. Fernández- Britto Rodríguez, por confiar en mí desde el primer momento que intercambiamos sobre la propuesta del trabajo, además puso a mi disposición su valioso tiempo, su infinita capacidad de educar y sus innumerables conocimientos, lo que permitió culminar este trabajo de manera digna.

Meritorio agradecer al Dr. Ivo Gómez, por sus aportes oportunos que permitieron corregir errores que no ser corregidos no admitirían presentar este trabajo.

Sería imperdonable olvidar a la Profesora Dra. Leonor Jiménez Cangas, que su memoria y consejos están presentes en el actuar diario de aquellos que tuvimos la oportunidad de ser sus alumnos.

Al colectivo de trabajadores de la Facultad Finlay Albarrán, a los médicos y enfermeras Policlínico Docente 26 de Julio y en particular a la Dra. María de los Ángeles que inició también esta investigación y a la Cra. Rebeca Alfonso Chomat por su dedicación y paciencia en la logística del trabajo.

Al Profesor, Doctor en Ciencias Benito Pérez Masa, por su ejemplo personal y enseñanzas durante muchos años, que me impulso a realizar esta investigación en un campo tan complejo como la evaluación de la calidad en los servicios.

## **DEDICATORIA.**

Dedico este trabajo al Dr. José E Fernández- Britto por confiar en mí.

A la memoria de mi madre que siempre me supo guiar por el camino de la verdad  
y la modestia.

A mis abuelos y familia, los cuales me han formado como médica revolucionaria.

A mi esposo Alexis por ser, mi más cercano maestro y ejemplo.

## **SÍNTESIS.**

El ingreso en el hogar es una atención ampliamente practicada en Cuba y otros países, en el año 1996 el Ministerio de Salud Pública de Cuba la consideró estrategia priorizada y sugirió su control mediante la evaluación de la calidad. Ante el problema de carecer de un método para cumplirla, se realizó un estudio de desarrollo, en el campo de la investigación en servicio de salud, en el Municipio Playa desde el año 1999 al 2005, con el propósito de elaborar una metodología para evaluar la calidad de la atención a los ingresados en el hogar. Se utilizaron métodos teórico y empíricos. En la primera etapa, se definió evaluar las dimensiones de calidad científico técnica y de satisfacción, posteriormente, se elaboraron criterios evaluativos según datos de estructura, proceso y resultado; así como indicadores y estándares. Se confeccionaron y validaron instrumentos para la recogida de la información, esta etapa culminó con un estudio piloto. En la segunda etapa se elaboró la metodología, con los aspectos generales de su aplicación, el plan de procesamiento de datos e interpretación de los resultados. Finalmente, la aplicación de lo elaborado permitió identificar los problemas que limitaban la calidad de la atención demostrando su utilidad práctica.

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁG.</b>
Introducción.....	1-10
Capítulo I. Fundamentos teóricos.....	11-29
Capítulo II. Diseño de la investigación.....	30-50
Capítulo III. Metodología para evaluar la calidad científico técnica de la atención de los ingresados en el hogar, la satisfacción de éstos y la de los prestadores.....	51-68
Capítulo IV. Resultados en la aplicación de la metodología para evaluar la calidad científico técnica a la atención de los ingresados en el hogar su satisfacción y la de los prestadores.....	69-97
Conclusiones.....	98
Recomendaciones.....	99
Referencias bibliográficas Bibliografía consultada. Glosario y Anexos. Producción científica de la investigadora.	

## INTRODUCCIÓN.

La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria, es tan antigua como el propio ejercicio médico. Su origen se encuentra en los papiros egipcios, en el Código de Hammurabi o en el tratado La Ley de Hipócrates. En todos los casos la esencia era buscar lo mejor para el paciente, surgiendo el inseparable binomio ética y calidad.<sup>1,2</sup>

Las formas de control de la calidad asistencial se han transformado con el tiempo, en la etapa de la revolución industrial existió la tendencia a la inspección mediante normas y medidas, posteriormente entre los años 1939 al 1949 se utilizó el control estadístico, en la etapa del 1950 al 1979 los programas y a partir de la década de los 80, se ha pretendido desarrollar una administración estratégica de la calidad, con la movilización de toda la organización hacia el logro de ésta.<sup>3,4</sup>

En los últimos 20 años varios investigadores entre los que se destacan: Vuori y Donabedian, han realizado grandes aportes a las formas de control de la calidad asistencial. Éste último considerado el fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud, la definió como: *“las actividades encaminadas a garantizar servicios accesibles y equitativos, con prestaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida”*<sup>5,6</sup>

Este concepto se utilizó como referencia en la investigación, porque se ajusta a la práctica asistencial de Cuba y a la política del Sistema Nacional de Salud (SNS), que ha logrado la accesibilidad a los servicios de salud para todas las personas, garantizando los recursos humanos y materiales necesarios para cada nivel de atención, una formación de profesionales y técnicos competentes, con el propósito de mejorar el estado de salud de la población con satisfacción.

Evaluar la calidad asistencial, es una tarea difícil porque como se expresa en el concepto, en ella concurren muchos aspectos, que están determinadas por políticas de salud de cada país así como por factores objetivos y subjetivos.

Autores como Vuori V y Navarro JB, han expresado que lo más conveniente para evaluar la calidad es su observación por componentes o dimensiones, destacando entre estos las siguientes: efectividad, eficiencia, adecuación, calidad científico-técnica, satisfacción, accesibilidad y continuidad.<sup>5,7</sup>

Las dimensiones de calidad científico técnica y la satisfacción, son las más discutidas y utilizadas en el campo de la salud. La primera, es considerada como la aplicación de los conocimientos y la tecnología médica disponible por una institución, en un momento histórico determinado; por tanto, permite valorar conocimientos y habilidades de los profesionales. La satisfacción, representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.<sup>5,8</sup>

Autores como Jiménez L y Agra Y, definen la calidad científico técnica como *“la competencia y desempeño profesional, la cual es medida por las actividades administrativas, diagnósticas, terapéuticas, de prevención, promoción, curación y rehabilitación de la salud, que se brinda a los enfermos por parte del personal de salud”*<sup>1,3</sup>

La satisfacción de los usuarios, puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplan con las expectativas de los que la recibieron. Un grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud, La American Public Health Association (APHA), reforzó la utilización de la satisfacción de los pacientes y prestadores como elemento de importancia para la evaluación

de la calidad asistencial.<sup>5,9</sup>

La satisfacción de los prestadores, se relaciona con las percepciones de éstos en sus actividades; las variables más estudiadas son: condiciones de trabajo, relaciones interpersonales, capacitación y utilidad de la actividad que realizan.<sup>8,10</sup>

Para avalar servicios de calidad, la evaluación de la satisfacción en los pacientes, familiares y prestadores se convierte en una tarea necesaria y dinámica, porque aporta datos de cómo estamos y qué falta para llegar a cumplimentar las expectativas de unos y de otros. El ingreso en el hogar según estudios publicados sobre los antecedentes históricos de la Salud Pública en Cuba, se comenzó a practicar desde el año 1825 por los médicos que laboraban en el primer modelo de La Atención Primaria, denominado Facultativo de Semana.<sup>11</sup>

Posteriormente los cambios sociales y sanitarios del país antes del año 1959 la convirtieron en una atención casi exclusiva de la clase adinerada con recursos para sufragar los gastos de un médico de cabecera. A partir del año 1959 el Sistema de Salud en Cuba se transformó con cambios importantes para la salud de toda la población, uno de éstos fue el servicio rural que posibilitó la presencia de profesionales de la salud en los lugares más apartados del país, contribuyendo al mejoramiento de la salud de las personas, familias y comunidades.

Otro momento importante, fue el desarrollo del Programa de Médicos a Domicilio, en la década de los años 1970, donde especialistas en Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia atendían diariamente a los enfermos en sus hogares, evitando las complicaciones intra-hospitalarias.<sup>12</sup>

Sin embargo, el cambio más significativo para la atención integral a las personas y familias así como para el desarrollo de los cuidados de los enfermos en sus

hogares, fue la implementación del Modelo del Médico y Enfermera de la Familia, que se inició de manera piloto en el Policlínico Lawton en Ciudad de la Habana el 4 de enero del año 1984 y se extendió a partir de 1986 por todo el país hasta disponer de 12 928 consultorios en zonas urbanas y rurales.<sup>13</sup>

Entre las acciones integrales que se describen en el Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia el Policlínico y Hospital, aparece definido el ingreso en el hogar como: *“ingresar en el hogar a aquellos pacientes en que las condiciones de su hogar, afección, evolución, familia, vivienda y comunidad así lo permitan”*<sup>14</sup>

En la medida que se consolidaba la labor de los médicos y las enfermeras de familia, el ingreso en el hogar se fue utilizando con mayor fuerza en las comunidades. Autores como Naranjo JA, Vera CR Y Rodríguez A, demostraron en la década de los años 90, que esta atención reportaba beneficios para los pacientes y familias; estimándose un promedio de tres pacientes ingresados en un mes por consultorio y una discreta reducción de los ingresos a nivel hospitalario.<sup>15,</sup>

16, 17

También se revelaron limitaciones, entre las que estaban: la no permanencia de los médicos en los consultorios, escasez de recursos para realizar complementarios en los policlínicos y déficit de medicamentos para indicar a los ingresados.<sup>15,17</sup>

El Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) en el año 1996 realizó en su balance anual, un análisis crítico de las principales estrategias sanitarias, donde se discutió ampliamente el ingreso en el hogar, proyectándola como prioritaria y se determinó introducir algunos requisitos y acciones para homogenizar la atención.

Entre los aspectos normados estuvo, la creación de un fondo de medicamentos destinados únicamente para los ingresados en el hogar y situarlos al menos en una farmacia de cada municipio del país, se regularon los requisitos que debían tener los enfermos y sus hogares para realizar el ingreso, además se indicó eliminar el control mediante el número de ingresados y realizarlo mediante la evaluación de la calidad asistencial y la satisfacción de manera concurrente.<sup>18</sup>

Derivado de lo anteriormente expresado en el año 1998 la dirección nacional de servicios ambulatorios del MINSAP que atiende los policlínicos, creó un grupo de trabajo integrado por directores de policlínicos, médicos y enfermeras de la familia con experiencia en la labor asistencial a nivel de los consultorios, para diseñar un método que permitiera evaluar el ingreso en el hogar.

Se realizaron varias investigaciones que aportaron elementos para desarrollar un procedimiento o método, aspecto éste que no se materializó. Una de esas tesis fue defendida por la autora de esta investigación para obtener el título de Máster en Salud Pública.<sup>19, 20</sup>

Posteriormente, se inició un proyecto ramal dentro del campo de las investigaciones en servicio de salud, que estudió el ingreso en el hogar en cuatro regiones del país (Fomento, Cruces, Cabeza Bermejo y Playa). Los resultados demostraron que el tiempo de estadía era mayor en el área rural montañosa y que el costo por día de la atención era de \$ 2,57 a \$ 6,88 pesos. El proyecto dio salida a este trabajo, la autora formó parte de los investigadores del referido proyecto.<sup>21</sup>

22

En el orden internacional, la primera experiencia de ingreso en el hogar aparece realizada por el Dr. Bluestone del Hospital Montefiori de Nueva York en el año

1947, quién con un equipo especial y el material necesario se trasladaban a los domicilios de los enfermos, brindando atención médica similar a la que se realizaba en el hospital.<sup>23, 24</sup>

En el año 1954 los doctores, Liphtwood y Shraud del Saint Mary Hospital de Londres iniciaron el ingreso en el hogar en niños, con la finalidad de evitar los trastornos psicológicos que ocasionaba la separación de sus familias y en especial de sus padres, se aseguraba una asistencia similar a la brindada en los hospitales<sup>25, 26, 27</sup>

En el año 1992 se reconoce oficialmente en Francia la hospitalización domiciliaria y en el año 1996 la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) inicia el programa “*Del hospital a la atención de salud en el hogar*”, dirigido a promover, estandarizar y registrar el cuidado de los enfermos en su domicilio, como acción para fortalecer la labor de los profesionales de la atención primaria.

<sup>28, 29</sup>

A finales del siglo XX y principios del XXI, se promueve la utilización en muchos países del ingreso en el hogar u hospitalización a domicilio (HAD); lo cual ha estado reforzado en el último decenio, por los cambios en La Atención Primaria de Salud (APS) en las áreas de la docencia y la asistencia, encaminados a que los equipos de salud de este nivel reemplacen en gran parte los cuidados que se brindan en las salas de los hospitales, acentuando las acciones de promoción y prevención con la participación activa de las familias y de la comunidad.<sup>30, 31</sup>

### **Justificación.**

El ingreso en el hogar es una atención ampliamente practicada en Cuba y en otros

países con un avance importante en los últimos veinte años. La atención en el hogar ha reportado beneficios para los pacientes, familiares y sistemas de salud. La política de la Organización Mundial de la Salud de convertir la APS, en el eje de los sistemas de salud favorece el perfeccionamiento de los procesos docentes asistenciales e investigativos que en ella se ejecutan.

En últimos cinco años, Cuba ha reorganizado los procesos en los policlínicos y consultorios, en función de las necesidades de la población, los recursos disponibles y la importancia de mantener la colaboración internacional como estrategia del sistema revolucionario; preservando la atención integral a las personas de manera planificada y con enfoque de riesgo, la atención de enfermería, la docencia y el ingreso en el hogar.<sup>32, 33</sup>

Se añade a lo antes expuesto, los cambios en la formación de los recursos humanos en las ciencias de la salud, donde se precisa que el estudiante en los servicios de la APS y de manera particular en el consultorio deben adquirir los conocimientos fundamentales del método de actuación (método clínico) imprescindibles para su trabajo profesional; entre las habilidades a desarrollar están: la confeccionando las historias clínicas, pase de visita y discusión diagnóstica de los enfermos ingresados en el hogar.<sup>34, 35</sup>

Ante el reto de perfeccionar la APS como estrategia global, de promover el ingreso en el hogar como actividad docente asistencial e investigativa y materializar su control mediante la calidad asistencial, es que se argumenta esta investigación.

### **Problema científico.**

¿Qué metodología puede desarrollarse para evaluar la calidad asistencial de la atención que se brinda a los pacientes ingresados en sus hogares?

**Para dar respuesta al problema planteado, se formularon los objetivos siguientes:**

1. Elaborar una metodología que contenga los fundamentos teóricos y metodológicos para evaluar la calidad asistencial de la atención a los pacientes ingresados en el hogar.
2. Aplicar la metodología elaborada en el Municipio Playa, como forma de validación.

**Concepción general de la investigación.**

Se realizó un estudio de desarrollo, en el campo de la investigación en servicio de salud en el Municipio Playa, desde el año 1999 al 2005, con el propósito de diseñar una metodología para evaluar la calidad asistencial de la atención a los ingresados en el hogar. Se utilizaron métodos científicos teóricos y empíricos.

La investigación se organizó en etapas. En la primera se definieron las dimensiones de la calidad asistencial a evaluar, a partir de las indicaciones del MINSAP y los fundamentos teóricos, también se precisó el objeto y universo de estudio, elaboraron criterios, indicadores y estándares así como los instrumentos para la recogida de la información. En esta etapa participaron expertos los cuales se seleccionaron entre los prestadores y directivos de las instituciones del Municipio Playa. Se realizó un estudio piloto de junio a diciembre del año 1999, con el objetivo de ensayar los instrumentos elaborados.

En la segunda etapa, se elaboró la metodología exponiendo los aspectos generales, el plan de procesamiento de los datos e interpretación de los

resultados, así como los criterios e instrumentos ya perfeccionados después del estudio piloto.

En la tercera etapa, la metodología fue empleada como forma de validación en el Municipio Playa del año 2000 al 2005, demostrando factibilidad en su aplicación además de la utilidad para determinar los problemas que limitan la calidad de la atención a los ingresados en el hogar.

### **Actualidad y novedad.**

La actualidad de la investigación, radica en que se realiza en la APS y más aún en el área de sus servicios, que si bien existen antecedentes y conocimientos de la práctica del ingreso en el hogar, resulta definitivamente novedosa evaluarla en términos de calidad científico técnica y satisfacción, mediante una metodología elaborada por especialistas en Medicina General Integral con experiencia asistencial, que puede ser considerado como un reto al conocimiento acumulado.

### **Aportes de la investigación.**

El aporte principal del trabajo es la creación de una metodología como producto, para evaluar la calidad científico técnica de la atención a los ingresados en el hogar, su satisfacción y la de los prestadores; la cual podrá ser aplicada en todas las instituciones del país y extenderse a las brigadas médicas en el exterior.

Otros aportes.

1. Los resultados que se obtengan al aplicar la metodología, permitirán determinar los problemas que afectan la atención, favoreciendo la toma de decisiones científicamente fundamentadas en las instituciones, que de ser utilizada consecutivamente favorecerá el desarrollo de un programa de mejora continua de la calidad en la APS.

2. Los miembros de los equipos de salud, dispondrán de un patrón de buenas prácticas (criterios de calidad), que les permitirá mejorar la actividad asistencial e incluirlos como material docente e investigativo.
3. La metodología podrá convertirse en una herramienta para el trabajo de los directivos de las instituciones de salud y realizar evaluaciones sistemáticas a nivel del policlínico y grupos básicos de trabajo.
4. Referencia para otras investigaciones de evaluación de la calidad en procesos, servicios y atenciones que se ejecuten en la APS
- 5 Demuestra la utilidad de las investigaciones en servicios de salud en el nivel primario de atención, el cual está en un proceso de renovación en Cuba y el mundo, donde la OMS/OPS están proponiendo la construcción de sistemas de salud basados en la APS

### **Estructura de la tesis.**

La tesis se estructuró en cuatro capítulos. El primero, expone los fundamentos teóricos; el segundo los métodos, técnicas y procedimientos de la investigación. En el tercero, se expresan los aspectos generales de la metodología elaborada, el plan de procesamiento de los datos e interpretación de los resultados así como los instrumentos a utilizar. El cuarto, muestra los resultados de la aplicación de la metodología en el Municipio Playa como forma de validación, evidenciando los problemas que limitan la calidad en la atención. Se describen conclusiones y recomendaciones así como un glosario y anexos.

## **CAPÍTULO I. FUNDAMENTOS TEÓRICO**

**Objetivo del capítulo.** Exponer los aspectos teóricos y conceptuales fundamentales de La atención Primaria de Salud como estrategia, el ingreso en el hogar y la calidad asistencial en el contexto nacional e internacional.

### **Atención Primaria de Salud (APS)**

La Atención Primaria de Salud (APS) es la solución contemporánea más efectiva, factible y racional para elevar el estado de salud de la población. Los planteamientos de Alma Ata en 1978, constituyeron una fuerza colegiada entre gobiernos y especialistas de salud que no todos asimilaron por igual y hoy en el siglo XXI, sobre todo, los países más pobres, siguen careciendo de un espacio comunitario que atiendan su salud, les cuide, les eduque o les prevenga sobre daños.<sup>36</sup>

Es definida como: "*el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, lo que aproxima la asistencia sanitaria lo más posible a donde la población vive y trabaja y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria*"; aunque en el momento actual se habla de una estrategia.<sup>36.37</sup>

El Sistema de Salud de Cuba, coloca en su justo sitio la APS y sobre ella sustenta los principales programas, en función de mejorar el estado de salud de la población; independientemente de las dificultades económicas sostenidas y agudizadas por momentos, los indicadores básicos de salud de Cuba son comparables a los de países desarrollados con un elevado nivel de vida.

El desarrollo de las prestaciones que se ejecutan en la APS es un imperativo necesario y permanente; por tanto, el componente evaluativo cobra extraordinaria actualidad y necesidad.

### **Ingreso en el hogar.**

La salud pública cubana ha pasado por diferentes momentos, en los cuales se han operado de modo sistemático, modificaciones y cambios que forman parte de su continuo perfeccionamiento, adoptando decisiones para cada etapa, según, las necesidades de salud de la población, los aspectos administrativos, técnicos, financieros y jurídicos ajustados al contexto socioeconómico.

Las necesidades de hospitalización han estado garantizadas por las instituciones del nivel secundario y terciario, sin embargo, existe un grupo de enfermos cuyos problemas de salud y condiciones familiares le permiten ser atendidos en sus hogares y no necesariamente internados en el hospital.

Con la implantación del modelo del Médico y la Enfermera de la Familia, surge una perspectiva completamente nueva en este sentido, entre las acciones integrales que ejecuta el equipo de salud del consultorio, está el ingreso en el hogar.

En Cuba, el ingreso en el hogar alcanzó su mayor auge en la década de los 90, ya estaba consolidado el programa del médico y la enfermera de la familia; los centros hospitalarios utilizaban con mayor intencionalidad el egreso temprano de los pacientes para continuar tratamiento en su medio familiar siempre que las condiciones de su enfermedad lo permitían, lo cual lleva una coordinación entre el médico de la asistencia en el nivel secundario y el médico de la familia.

El ingreso en el hogar también se ha materializado en cientos de países de América, África y Asia, como parte de las acciones que realizan los médicos y enfermeras que laboran en el Programa Integral de Salud (PIS), que surgió a raíz del paso del Huracán Micht en el año 1999 por Centroamérica.<sup>38</sup>

Los profesionales y técnicos de la salud cubanos trabajan, generalmente, en los lugares más apartados de las ciudades, a cientos de kilómetros de los hospitales; por tanto, el ingreso en el hogar es una alternativa factible para los habitantes de esas comunidades.<sup>38</sup>

Muchos sistemas de salud han planteado la necesidad de transformar y reorganizar los sistemas de salud, con programas y alternativas institucionales, la hospitalización domiciliaria (HD) es una de ellas. España es uno de los países con más experiencias publicadas, muestra una amplia red de Unidades de HD en todo el país, desde la década de los 80 promueve el ingreso en el hogar como una opción ventajosa para los enfermos y las instituciones sanitarias.<sup>39,40</sup>

Diferentes autores consideran que la HD, es una extensión del hospital y la definen como: *“un conjunto de cuidados médicos y de enfermería de carácter hospitalario tanto en calidad como en la cantidad, que son proporcionados a los enfermos en su domicilio cuando no precisan de la infraestructura hospitalaria, ni de vigilancia activa y asistencia compleja que no puede ser prestada por los profesionales y técnicos que laboran en la APS “*<sup>40,41,42</sup>

Según datos reportados en España, alrededor de 800 profesionales trabajan en unidades de hospitalización a domicilio en todo el país, como parte de la política sanitaria de La Atención Primaria de Salud para dar respuesta a los problemas de la población.<sup>41,42</sup>

Los pacientes con mayores necesidades de atención en sus hogares son: los ancianos, portadores de VIH-SIDA, enfermos crónicos y los que se encuentran en estado terminal; éstos requieren cada día más, la atención a nivel comunitario, con una gran demanda de atención integral, cuidados de enfermería y sostén familiar.

43, 44, 45,46

En junio del 2008 se celebró en Donosita, San Sebastián el último congreso nacional de hospitalización a domicilio; se presentaron trabajos que demostraron la relación entre el número de unidades en cada comunidad y la cobertura de la población, estimándose que más del 80% de de las personas podrían ser atendida por alguna unidad de HADO.<sup>42</sup>

En Osakidetza (España), se promueve el ingreso en el hogar a los enfermos que necesitan cuidados paliativos de manera temprana en el curso de la enfermedad terminal, en cuatro hospitales comarcales y un centro ambulatorio, logrando satisfacción de las familias y una mayor participación de éstas en los cuidados de los pacientes.<sup>47</sup>

En la actualidad la utilización de equipamiento tecnológico para mantener la vida de los enfermos en sus hogares, no ha sido un razonamiento puramente médico, sino que se han tenido en cuenta la seguridad, eficiencia y consideraciones de efectividad, calidad de vida, preferencias del paciente y relación costo-beneficio para las familias.<sup>48,49</sup>

Cuba y las unidades de hospitalización a domicilio en otros países promueven la necesidad de brindar a los pacientes, tratamientos y cuidados sanitarios de intensidad y duración comparables a las que recibiría en el hospital, también, se

identifican requisitos que deben tener los enfermos y sus hogares en función de brindar atenciones de calidad con resultados satisfactorios.<sup>50,51,52</sup>

La familia de los ingresados en el hogar en muchos países, asume los gastos de medicamentos, alimentos e insumos, además deben pagar las visitas de los profesionales aspecto diferente a la realidad de Cuba.<sup>53,54</sup>

El envejecimiento de la población, el elevado número de personas con enfermedades crónicas, oncológicas, discapacitantes e invalidantes, demandan de servicios cada vez más accesibles para las familias y los pacientes; se ha demostrado que el medio familiar social influye de manera positiva en la mejoría de los enfermos, además las familias asumen una actitud más tranquila ante la muerte en los casos en estado terminal.<sup>55,56,57</sup>

Diferentes estudios han demostrado que los enfermos atendidos en su hogar bajo el seguimiento diario de los equipos de salud, tienen menos complicaciones por infecciones sobreañadidas que los ingresados en el hospital, se evita el desplazamiento de las familias reduciendo los gastos por concepto de transportación y se establece una mejor comunicación médico-paciente-familia-comunidad.<sup>58,59,60</sup>

### **Calidad asistencial.**

Los sistemas de salud y las unidades asistenciales afrontan el desafío de proporcionar servicios integrales, accesibles y con calidad para toda la población; pero cómo lograrlo ha sido la preocupación de profesionales y directivos, que han buscado formas y métodos para enfrentar el reto planteado.<sup>61,62</sup>

Para facilitar el análisis de la calidad asistencial, se han descrito varios componentes: primero, el *componente técnico*: como expresión de la adecuación

entre la asistencia que se presta, los avances científicos y la capacitación de los profesionales, que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza; el *componente interpersonal*: expresión de la importancia histórica de la relación paciente-profesional de salud y *el componente correspondiente al entorno*: como expresión del valor que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla.<sup>63, 64</sup>

El término calidad utilizado sin otros adjetivos, se refiere casi siempre a la calidad científico técnica, para su estudio se admiten abordajes diversos, puede entrañar significados distintos para los pacientes y los prestadores.<sup>5, 65</sup>

Autores como Nutting<sup>4</sup>, Vouri,<sup>5</sup> han dedicado años al estudio de la calidad en los servicios sanitarios y coinciden que para su mejor comprensión, ésta debe dividirse en componentes o dimensiones, entre las que se describen las siguientes: efectividad, eficiencia, adecuación, accesibilidad, continuidad, calidad científico- técnica y satisfacción.

La efectividad, se refiere a la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en una situación real. La eficiencia, evalúa el impacto real de un servicio contra su costo de producción.<sup>4, 5, 9</sup>

La adecuación, mide la disponibilidad de los servicios con la necesidad de la población mediante un componente numérico. La accesibilidad, valora la posibilidad de que el usuario reciba el servicio en el momento y lugar donde más lo necesite a un costo razonable. La continuidad, se valora como la atención integral, es decir, ver al enfermo como un todo.<sup>5, 9</sup>

La calidad científico- técnica, mide el nivel de aplicación de los conocimientos y tecnología médica disponible, es el componente más utilizado en programas de

control de la calidad y considerada como la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados a la salud de las personas.

66, 67

Los prestadores aportan habitualmente una perspectiva individual de la calidad científico técnica a su práctica clínica, su exigencia legítima es hacer lo correcto, de manera correcta. Los usuarios también aportan a la calidad científico técnica, al plantear como atributos de buena asistencia, la adecuada comunicación interpersonal con los profesionales, competencia técnica y accesibilidad a los servicios.

En los momentos actuales, las organizaciones sanitarias son más proclives a la perspectiva comunitaria, exigiendo en las prestaciones un adecuado rendimiento técnico, que sean satisfactorios para los pacientes y que su consecuencia como beneficio esperado sea la mejoría en términos de salud.<sup>68</sup>

Al comienzo de los años cincuenta la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAHO), comenzó a promover estándares de buena atención para los hospitales, demostrando que las organizaciones de salud tenían el deber de exigir por la calidad científico técnica como aspiración de centros de excelencia.<sup>69, 70</sup>

En la actualidad la JCAHO, evalúa en sus procesos de acreditación las condiciones estructurales, la gestión de los recursos humanos, la orientación del servicio en función del paciente y los programas para la mejora de los procesos; utilizando como método fundamental la revisión de la práctica clínica, no con una finalidad punitiva, sino con la aspiración de aprender para prevenir el error.<sup>70, 71</sup>

Las nuevas tendencias de evaluar la calidad científico técnica, pretenden identificar oportunidades de avance, utilizando como herramientas la revisión y rediseño de los procesos, para que la organización alcance objetivos a niveles adecuados de costos, prestaciones y rapidez.<sup>72</sup>

La orientación al paciente, garantizando la continuidad de atención en los diferentes niveles asistenciales, con decisiones clínicas basadas en evidencia científica, en la medida de lo posible la calidad científico técnica deberá ser parte de los objetivos asistenciales, académicos y administrativos en todas las instituciones.

Evaluar la calidad científico técnica es un proceso complejo, porque en ésta influyen aspectos objetivos y subjetivos. En los primeros están los recursos humanos y materiales, la competencia y el desempeño técnico profesional. Entre los aspectos subjetivos está el cumplimiento de las expectativas de los prestadores y de los usuarios (enfermos/ familias).<sup>73,74</sup>

En el caso particular del ingreso en el hogar, se añade a los aspectos antes mencionados, las características del hogar y la familia del paciente, porque éstas pueden determinar de manera decisiva en el resultado final de la atención a los ingresados.

Trabajos publicados por Oto J y Ramos B, plantean que los procesos de evaluación de la calidad científico técnica en la APS, están limitados por diversos aspectos, entre los que se mencionan los siguientes: no siempre están claramente definidas las atenciones que se realizan a ese nivel, las historias clínicas no son uniformes y raramente están completas, el médico tiene menos control sobre el

cumplimiento del tratamiento de los enfermos, además la toma de opinión a los usuarios no se realiza de manera oportuna.<sup>75,76</sup>

La evaluación de la calidad científico técnica plantea dos objetivos: primero, el determinar los problemas y segundo, definir las medidas encaminadas a mejorar la atención en función de los usuarios y la organización. Por tanto, el proceso de evaluación no representa automáticamente una mejora de la asistencia, supone una identificación y caracterización de las deficiencias que permite la toma de medidas científicamente documentadas.

La consecuente evaluación del cumplimiento de las medidas adoptadas materializa el surgimiento de un programa de mejora de la calidad. Es decir, la clave radica en la capacidad para identificar los problemas que afectan la atención en un servicio e intervenir en ellos.

Soto J, plantea que un programa de garantía de la calidad es un proceso cíclico de dos fases: primero se evalúa y después se propone el plan de medidas teniendo como base las deficiencias detectadas en la evaluación. Por tanto, una vez implantado el programa se inicia nuevamente el proceso evaluativo, para determinar el impacto de las medidas y al mismo tiempo se identifican otras deficiencias comenzando nuevamente el ciclo.<sup>77</sup>

La evaluación tiene cuatro componentes básicos: identificar, cuantificar, valorar y comparar; pero ¿cómo medir algo tan intrínsecamente cualitativo?

Anna A y Salinas H, basados en los análisis de Donabedian, plantean un abordaje sistemático para la evaluación de la calidad científico técnica, proponiendo utilizar tres tipos de datos: de estructura, proceso y resultado.<sup>6,78,79</sup>

En los datos de estructura, se analizan fundamentalmente los recursos que se invierten en la atención a evaluar. Éstos tienen como ventaja los aspectos siguientes: son útiles para medir la realidad, sirven de base para estudios complejos y son fáciles de obtener. Su mayor inconveniente radica, en que es un método indirecto para valorar la calidad científico técnica; por tanto, se aconseja no utilizarlo como único procedimiento de evaluación.<sup>2, 77,78</sup>

El cumplimiento de las normas de estructura no asegura necesariamente un adecuado proceso y un buen resultado, es decir, los requisitos estructurales se consideran necesarios; pero insuficientes para asegurar una adecuada calidad científico técnica.

Los requisitos estructurales para la atención asistencial, generalmente, son garantizados por los sistemas de salud como proveedor, sin embargo, en el caso particular del ingreso en el hogar, se añaden los relacionados con las condiciones del entorno del paciente.

La familia, de los ingresados en el hogar es la encargada de garantizar las condiciones higiénicas sanitarias de la vivienda en función del enfermo, cumple las indicaciones orientadas por los prestadores, asegura la alimentación, el bienestar y armonía; para garantizar la recuperación de los enfermos, sin embargo, el sistema de salud como proveedor no se sustituye, debe continuar garantizando los recursos sanitarios necesarios para las atenciones.

Los datos de proceso, ofrecen información sobre la cantidad y calidad de las actividades realizadas por los profesionales de la salud, entre las que se incluyen: las acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento. Éstos son los

más utilizados en estudios de atenciones médicas y se correlacionan mejor con los resultados.<sup>6, 77,78</sup>

Para evaluar el proceso se recomienda utilizar criterios basados en conocimientos científicos y de ser posible relacionarlos con los de resultados. Estos últimos aportan información respecto a cambios en el estado de salud, calidad de vida y satisfacción.

Después de haber estudiado diferentes enfoques de cómo evaluar la calidad científico técnica de una atención, coincidimos con otros autores, que ésta posee una connotación específica para cada organización y momento histórico, lo que implica la necesidad de particularizarla en cada contexto que se desea evaluar.

Ante una estrategia de evaluación de la calidad científico técnica, es necesario homogenizar conceptos fundamentales de: criterio, estándar, indicador e índice, con el fin de evitar apreciaciones subjetivas por parte de los evaluadores y equívocos a la hora de comunicar los resultados.

El criterio, es el aspecto concreto del problema que se va a evaluar, permite conocer el grado de cumplimiento de una acción, servicio o atención. Es una unidad de medida y responde a la pregunta, ¿Qué queremos obtener?<sup>4,5, 8</sup>

Éstos pueden definirse de forma implícita o explícita. El implícito, expresa un juicio de calidad; el explícito, tiene un enunciado de forma específica donde se expresan las condiciones a seguir y siempre se elaboran antes de comenzar la evaluación.<sup>5, 6,8</sup>

Los criterios pueden ser descriptivos (lo que hacen habitualmente los profesionales) y normativos (lo que debe hacerse). Establecerlos supone definir pautas de comportamiento de los prestadores de salud basados en conocimientos

y habilidades que éstos deben de poseer por su nivel profesional; por tanto, en la medida de lo posible el personal implicado en la evaluación debería participar en la discusión sobre la selección de éstos.<sup>5,8</sup>

Para construirlos es importante respetar las condiciones siguientes: validez (sean útiles para medir lo que se pretende), fiabilidad (al evaluar varias veces el mismo problema o atención deben obtenerse resultados similares), especificidad (sirve para un problema o atención) y viables (la comprobación pueda ser realizable en la situación real que vive el equipo).<sup>2, 4,5</sup>

El indicador, es una medida formada por la combinación de dos variables: lo que se ha hecho en relación a lo que se debería haber hecho y se compara con el estándar previamente fijado. El índice es el resultado de la medición del criterio, es decir, el valor real de lo evaluado.<sup>4, 5,8</sup>

Al nivel óptimo de aplicación de cada criterio se denomina estándar, éste se fija antes de iniciar la evaluación de acuerdo a la situación asistencial concreta o por niveles prefijados en otras investigaciones.<sup>4,8, 80</sup>

Un estándar de buena asistencia puede fijarse a diferentes niveles: para un criterio relativo a la atención recibida por un paciente, para un criterio relativo a la atención de todos los pacientes analizados, para todos los criterios por un paciente y para todos los criterios por todos los pacientes.<sup>80</sup>

Éstos se fijan, generalmente, por consenso de los evaluadores, en el caso de analizar todos los criterios para cada paciente, autores como Vuori<sup>5</sup>, consideran que un enfermo ha sido tratado adecuadamente sí el 80 % de todos los criterios aplicables a su asistencia se han cumplido con calidad.

También, se puede aceptar la calidad global de la asistencia prestada si el cumplimiento promedio de todos los criterios sobre todos los pacientes en que puedan aplicarse es del 80 % o más. <sup>5</sup>

El nivel de fijación de estándares es relevante para dos cuestiones fundamentales: como objetivos del control y para desarrollar investigaciones que pauten referencias para estudios subsiguientes.

La recogida de los datos para evaluar una atención mediante criterios de calidad, puede ser por diferentes fuentes entre las que están las siguientes. <sup>5</sup>

- 1 *Análisis de las estadísticas*: miden la atención mediante indicadores, como pueden ser: pacientes mejorados, curados, vidas salvadas, entre otras.
- 2 *Observación participativa*: permite recoger directamente la información en el momento de la atención, requiere de una guía de observación claramente definida, es un método costoso y requiere de personal bien entrenado para la actividad.
- 3 *Opinión de los pacientes*: actualmente existe una tendencia creciente a utilizar la opinión de los usuarios (pacientes y familias), como medida de calidad en la atención, aspecto este de gran valor; sin embargo se recomienda no utilizarlo aislado de las evaluaciones técnicas de los prestadores.
- 4 *Métodos indirectos*: éstos son utilizados en muchas ocasiones por las ciencias sociales, recurren a procedimientos socio métricos modificados, para que las personas mediante situaciones hipotéticas, seleccionen el médico al cual acudirían.
- 5 *La revisión de las historias clínica (HC)*: es un método muy utilizado en los estudios de control de la calidad científico técnica. La HC es una fuente ideal

de información especialmente cuando se incluyen datos de proceso. Cada paciente al tener su propia historia, supone una imagen verdadera de sus antecedentes, enfermedades y tratamientos.

La historia clínica, es *“la mejor arma del médico en el diagnóstico de las enfermedades”*, el más preciado documento del archivo de un hospital, del policlínico y del consultorio del médico - enfermera de la familia; realizarla exige tiempo, paciencia y una buena relación médico-paciente.<sup>81, 82</sup>

La primera historia clínica que se reconoce, fue efectuada por Hipócrates; con la muerte de este eminente médico se perdió por 1700 años la práctica de confeccionarlas, lo que ocasionó un daño severo a la medicina.<sup>83</sup>

En el siglo XIX, se revivió la práctica olvidada de confeccionar las historias a los enfermos, según describe el Profesor Miguel A. Moreno en su libro *“El arte y la ciencia del diagnóstico médico”*, una vez recogida la información que brinda el paciente al médico, éste debe registrarla y como regla de oro, escribirla de inmediato, con claridad, precisión, veracidad y cultura (estética)<sup>83</sup>

La historia clínica, no es únicamente para quien la redacta, sino quedará documentada y archivada por años la cual podrá ser consultada para la búsqueda de valiosos datos por otros profesionales de la salud, estudiantes u otro personal. Según el Reglamento de Policlínico, la historia clínica individual *“es el conjunto de documentos que, de manera individual, recoge la información del estado de salud del individuo, registrándose los aspectos relacionados con la atención médica integral, quedando conformado un expediente clínico”*<sup>32</sup>

A nuestra consideración, la historia clínica de un enfermo no puede circunscribirse a un formato, un modelo o esquema, debe ser confeccionada bajo los elementos

del método clínico como método científico de actuación. Quedando registrados de manera clara y legible los aspectos siguientes: interrogatorio (datos de identidad, antecedentes, historia de la enfermedad actual, hábitos de vida, inmunizaciones, entre otros aspectos de valor), examen físico (general, regional y por sistemas), diagnóstico(s), pruebas o exámenes para corroborar o estratificar el diagnóstico(s), conducta (terapéutica medicamentosa, medidas generales y control de las indicaciones) y seguimiento del enfermo.

Donabedian planteó, que la historia clínica cuando es utilizada como fuente de información, se convierte en medida de buena atención porque el registro adecuado es por sí mismo, una dimensión importante de la calidad científico técnica.<sup>84</sup>

Con la implementación del programa del médico y la enfermera de la familia, surgió la historia clínica familiar (HCF), en ella se recogen aspectos generales de todos los miembros de la familia, las condiciones higiénicas y socioeconómicas del hogar así como la dinámica familiar.

El equipo básico de salud tiene la responsabilidad de evolucionar todas las familias del consultorio, al menos una vez al año con el propósito de identificar problemas que afectan la salud individual y colectiva, finalmente, proponer acciones en función de la salud.

El registro en la HCF, es de gran valor para los análisis de la situación de salud de cada comunidad y se convierte en fuerte valiosa de información para los procesos evaluativos que se pretenden realizar en el nivel primario de salud. En el caso particular del ingreso en el hogar, como se ha referido anteriormente la familia juega un rol de incalculable valor, porque es la encargada de garantizar las

condiciones necesarias para la recuperación del enfermo así como el cumplimiento de las indicaciones médicas. Teniendo en cuenta las anteriores argumentaciones, en esta investigación se valoran entre los datos de estructura, los recursos garantizados por el sistema de salud (medicamentos y materiales sanitarios) y las características de las familias y los hogares de los ingresados.

### **Satisfacción.**

La satisfacción de los usuarios, es uno de los indicadores que miden resultados en la atención sanitaria, a la cual se le otorga cada vez mayor importancia. Ésta puede considerarse como, una medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas de pacientes y familiares, generalmente, representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tienen los que reciben la atención.<sup>85, 86</sup>

Si se pretende ofrecer servicios de calidad y desarrollar instituciones de excelencia, entonces, la evaluación de la satisfacción se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de: cómo está el servicio y qué falta para llegar a cumplimentar las expectativas de los involucrados.

El análisis de la opinión de los usuarios incorpora la perspectiva de los ciudadanos en el marco global de la evaluación de los programas de salud, estudios sobre satisfacción y calidad, expresan de manera general que los usuarios están globalmente satisfechos con los servicios que reciben; pero sí se indaga sobre temas más concretos como información, trato o amabilidad, las opiniones varían con quejas e insatisfacciones.<sup>87, 88, 89</sup>

Los resultados obtenidos de una encuesta nacional de satisfacción en el año 1990 en Cuba, demostraron que aproximadamente el 70% de la población se

encontraba medianamente satisfecha con los servicios de salud, las principales insatisfacciones se relacionaron con trato inadecuado y por problemas en la realización de exámenes indicados por los médicos.<sup>90</sup>

En un estudio realizado en el Hospital "Hermanos Ameijeiras" en el año 2004, se determinó que las variables más significativas que inciden en el nivel de satisfacción de la población son: la organización de los servicios institucionales relacionados con la información, los problemas éticos y las condiciones materiales para la realización de estudios.<sup>91</sup>

La satisfacción como medida de buena atención es una herramienta valiosa, según Donabedian, es un resultado humanístico, como aprobación final de la calidad científico técnica y refleja la habilidad del prestador para cumplimentar las necesidades de los usuarios.<sup>84</sup>

En este sentido se considera que los usuarios satisfechos, continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los prestadores de salud.

La satisfacción de los usuarios, se relaciona significativa y funcionalmente con conductas de salud específicas entre las que están: el cumplimiento de las prescripciones médicas, la aceptación de acciones de promoción y prevención de la salud.<sup>92, 93</sup>

Es importante tener en cuenta la distinción entre *satisfacción general*, referida al grado de satisfacción del paciente con los cuidados de salud recibidos y la *satisfacción específica*, que es el grado de satisfacción respecto a la utilización de un servicio concreto recibido.<sup>94, 95</sup>

En este trabajo, se evalúa la satisfacción de los usuarios en relación a la atención que recibieron durante el ingreso en el hogar; por tanto, se puede considerar de tipo específica.

Los usuarios y prestadores se insertan en un microsistema social y se relacionan, cada uno tienen asociadas expectativas de comportamientos, la insatisfacción de un actor puede venir de la incongruencia entre las conductas esperadas y las realmente ejecutadas.<sup>88</sup>

La satisfacción laboral, manifiesta un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales y es un factor importante que condiciona la actitud de las personas respecto a su trabajo. Éste es uno de los indicadores más clásicos y a los que con mayor frecuencia se recurre cuando se persigue conocer la actitud general de los profesionales hacia una actividad laboral determinada.<sup>96,97</sup>

Las variables más utilizadas para estimar la satisfacción de los prestadores son: utilidad y beneficios de las actividades que realizan, nivel de conocimientos que poseen, remuneraciones, condiciones del trabajo, promociones y/o ascensos, relaciones con el supervisor y/o compañeros de trabajo.<sup>98,99</sup>

El grado de satisfacción de los prestadores puede afectar la cantidad y calidad de las acciones que ejecutan e incide indirectamente sobre el ausentismo laboral, retrasos en la incorporación al puesto de trabajo y deserción de la institución.<sup>100</sup>

Estudios publicados sobre la satisfacción de los médicos de la familia realizando el ingreso en el hogar, han demostrado que influyen en ésta las condiciones de los consultorios, la escasez de recursos para trabajar, las relaciones con los profesores de los grupos básicos de trabajo y el exceso de trabajo burocrático, lo

cual ha sido más determinante en los momentos de mayor escasez de recursos por la situación económica del país y el recrudecimiento del Bloqueo impuesto por el gobierno de los EEUU al pueblo de Cuba. <sup>101, 102</sup>

Los estudios de satisfacción laboral, son de gran utilidad para las instituciones, permiten la búsqueda de soluciones organizativas que reorienten los servicios, para que éstos sean más efectivos y con personal motivado, lo que influye en la calidad de los servicios y en los resultados de las atenciones.

El Sistema de Salud en Cuba, se ha perfeccionado y fortalecido desde el triunfo de la Revolución, mediante diferentes programas que abarcan los tres niveles de atención: el primario, secundario y terciario, buscando soluciones de forma efectiva, adecuada y oportuna ante los problemas que limitan el mejoramiento del estado de salud de la población, medir la calidad científico técnica y la satisfacción tanto de los usuarios como de los prestadores, ha sido una estrategia permanente y de valor para la política sanitaria del país.

En la actualidad la estrategia de certificar los servicios mediante el cumplimiento de sus objetivos y la opinión de los usuarios, en un movimiento político denominado Colectivo Moral, equivale a decir, organización de excelencia que brinda atenciones de calidad.

### **Conclusión del capítulo.**

1. Los aspectos conceptuales revisados sobre La Atención Primaria de Salud, el ingreso en el hogar, la calidad científico técnica y la satisfacción, permitieron obtener la base teórica para diseñar la investigación y elaborar la metodología.



publicados sobre los beneficios y limitaciones de ésta atención.

Se realizó un amplio análisis bibliográfico, sobre la calidad científico técnica y satisfacción, los artículos con mayor nivel de información sobre esos temas se encontraron publicados en revistas españolas destacándose entre ellas “La Revista de Calidad Asistencial de la Universidad de La Rioja”, dedicada a la calidad asistencial, en la cual se han publicado artículos de experiencias de varios países.

A partir del problema científico, el método de inducción –deducción estableció el propósito y los pasos de la investigación; lo que permitió arribar a las conclusiones de la misma.

Entre los métodos empíricos, se diseñaron cuestionarios para obtener la información de los usuarios y prestadores. Se elaboró una base de datos en Excel mediante el paquete de Microsoft Office en Sistema Windows XP, que posibilitó procesar los resultados y expresarlos en números absolutos y por cientos además de las opiniones de los entrevistados. La presentación de la información se realizó a través de tablas y gráficos.

Se seleccionaron directivos y prestadores para grupos de opinión y de expertos, que fueron de incalculable valor para la investigación.

### **Etapas 1. Diseño del estudio.**

1.1. Se **definió evaluar la calidad científico-técnica** a la atención de los ingresados en el hogar, **la satisfacción** de éstos así como la de los prestadores.

Para definir las dimensiones antes planteadas, se valoraron los aspectos siguientes: primero, la indicación del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) del año 1996, que propuso controlar el ingreso en el hogar por la evaluación de la calidad científico técnica y la satisfacción.

Segundo, en la bibliografía revisada las dimensiones más estudiadas son las definidas para este trabajo.

El resto de las dimensiones que aparecen documentada en la bibliografía no se evaluaron, algunas de ellas como la accesibilidad, continuidad y adecuación, han sido garantizadas por el Sistema Nacional de Salud desde el año 1959 para toda la población, en las diferentes unidades asistenciales de los tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.

En relación a la eficiencia y efectividad, se consideró conveniente evaluarlas en investigaciones posteriores.

1.2. Se precisó como **objeto de investigación**, la calidad a la atención de los ingresados en el hogar en la cual está contenida la satisfacción.

El **universo de estudio** estuvo integrado por los enfermos ingresados en el hogar, en un área perteneciente a un grupo básico de trabajo de cada policlínico del Municipio Playa, éste se seleccionó mediante un método probabilístico al azar.

Para la selección, se procedió de la forma siguiente: se escribió en un papel, el número de los grupos básicos de trabajo (GBT) por cada policlínico (Ej. 1, 2 ,3) se doblaron los papeles y se introdujeron en una caja, la investigadora principal solicitó a un miembro del consejo de dirección de cada unidad asistencial que

eligiera a ciegas un papel y así quedaron seleccionados los nueve grupos uno de cada área de salud del Municipio Playa.

Se excluyó en la selección anterior, el GBT. 2 del Policlínico Docente 26 de Julio, porque había sido elegido por la investigadora para realizar el estudio piloto. Éste se seleccionó teniendo en cuenta las características siguientes: ubicado geográficamente en el centro del municipio, compuesto por familias de barrios insalubres, entre ellas las zonas de Buena Vista (consejo popular ocho) y zonas metropolitanas como la de Ampliación de Almendares (consejo popular cuatro), con 16 consultorios del médico y enfermera de la familia de los cuales el 75 % (12) de sus equipos tenían más de cinco años laborando en ese GBT.

Se incluyeron dentro del universo, los médicos y las enfermeras como prestadores, que brindaron la atención a los pacientes ingresados en el hogar perteneciente a los grupos básicos de trabajo seleccionados.

**El universo de estudio se caracterizó como información general de la forma siguiente:**

- ✓ Los ingresados se agruparon según sexo y edad en: pediátricos (menores de un año, de uno a 11 años y de 12 a 18 años) y adultos (19 a 39 años, 40 a 59 años, 60 años y más)
- ✓ Las causas de ingreso se identificaron según lo establecido en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 9<sup>a</sup> Edición (CIE-9) en: enfermedades del aparato respiratorio [códigos:(460-466), (470-478), (480-487), (490-496)]; enfermedades del aparato digestivo [códigos: (520-529), (530-537), (560-569), (570-579)]; enfermedades del aparato genitourinario [códigos: (580-589), (590-

599), (600-608), (610-611), (614-616), (617-629)]; enfermedades de la piel [códigos: (680-686), (690-698)]; enfermedades del aparato circulatorio [códigos: (401-405), (413, 414, 416), (451-459)]; enfermedades infecciosas [códigos: (006,011,053,054,057,061,070,075,100)]<sup>103</sup>

- ✓ Para este trabajo se consideraron como causa de ingreso: el egreso hospitalario precoz y el estadio terminal de la enfermedad, las que se definieron de la forma siguiente:
  - o Egreso hospitalario precoz: pacientes egresados del hospital antes de culminar el tratamiento indicado por la enfermedad que lo condujo al ingreso hospitalario y que requerían de cuidados continuos por parte del equipo de salud de los consultorios (médicos y enfermeras). Este egreso es coordinado entre el médico del hospital y el del consultorio.
  - o Estadio terminal de la enfermedad: pacientes que como consecuencia directa de su enfermedad, su evolución es hacia la muerte a no largo plazo.
- ✓ Se estimó la estadía del ingreso en el hogar por el tiempo transcurrido desde la fecha del ingreso hasta el alta médica.
- ✓ Los prestadores se caracterizaron según categoría ocupacional (médicos o enfermeras), nivel profesional (especialistas, licenciados o técnicos), años de experiencia de labor en la atención primaria, categoría docente y científica.

1.3. Para **elaborar los criterios evaluativos**, se utilizó la participación de grupos de opinión definidos en cada policlínico del municipio.

Los grupos de opinión, se seleccionaron de la forma siguiente:

Primero; la autora definió como miembros de los grupos de opinión las personas siguientes: subdirectores de asistencia médica de cada uno de los policlínicos del Municipio Playa (nueve en total) así como al jefe y la supervisora de enfermería del grupo básico de trabajo seleccionado como parte del universo de estudio.

La primera selección quedó conformada por 27 compañeros, de ellos: nueve asumían alguna responsabilidad a nivel del policlínico y 18 en los grupos básicos de trabajo. Ésta fue concertada con el director de la dirección municipal de salud y los directores de los nueve policlínicos del Municipio Playa.

Segundo; se solicitó al jefe del grupo básico de trabajo ya seleccionado, elegir entre los prestadores a cuatro médicos y tres enfermeras de diferentes niveles de especialización, con voluntariedad de participar en un grupo de opinión y con preparación técnica demostrada en el ejercicio de su labor como miembro de los equipos de salud.

Quedando conformada la segunda selección por 63 miembros. De los cuales 36 eran médicos de la familia y 27 enfermeras.

Finalmente, se definieron nueve grupos de opinión con 10 miembros cada uno para un total de 90 personas (uno en cada policlínico)

Cada grupo de opinión quedó integrado por las personas siguientes: un subdirector de asistencia médica, un jefe de grupo básico de trabajo, una supervisora de enfermería, cuatro médicos y tres enfermeras de la familia.

Después de seleccionar los grupos se convocaron a una sesión que se inició con la aplicación de una encuesta para corroborar la voluntariedad de participar y caracterizar a los participantes. (Anexo 1)

Los resultados de la encuesta fueron los siguientes:

- Los 90 miembros (100%) expresaron voluntariedad de participar en los grupos de opinión.
- Médicos 51 (56.6 %) y enfermeras 39 (43.3%)
- Nivel de especialización: médicos especialistas en Medicina General Integral 36 (70.5 %) y residentes 15 (29.5%) del total de los médicos. Enfermeras licenciadas 19 (48.7%) y técnicas 20 (51.3%) del total de las enfermeras.
- Laboraban directamente en los consultorios como médicos de familia 33 (36.6%) y como enfermeras 30 (33.4%) para un total de 63 (70%)
- Directivos (subdirectores, jefes de grupos y supervisoras) a nivel de los policlínicos 27 (30%).
- Según los años de experiencia en la APS; con más de 10 años 42 (46,6%), entre cinco y nueve años 33 (36.7%) y menos de cinco 15 (16.7%).
- Con categoría docente: médicos, cuatro para un 7.8% y enfermeras, ninguna.
- Con categoría científica de Máster: médicos tres para un 5.8% y enfermera una para un 2,5%

Posterior a la aplicación de la encuesta, se precisó la necesidad de realizar dos sesiones de trabajo. Se definió que la primera, tendría el objetivo de exponer ideas

y argumentos para elaborar los criterios evaluativos, en la segunda se definirían éstos y se validarían los instrumentos para recoger la información necesaria para evaluar la calidad según los criterios.

Todos los grupos (nueve) trabajaron por separados, la investigadora coordinó todos los encuentros y procesó todas las opiniones.

El primer encuentro, se inició con una explicación sobre la definición de criterios e indicadores, la utilidad de éstos en las evaluaciones de calidad asistencial y los requisitos que debían poseer, posteriormente se estimuló la intervención de los participantes, los cuales se expresaron libremente. (Anexo 2)

Los participantes demostraron dominio de las acciones normadas en el Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia así como las relacionadas con la atención del ingreso en el hogar.

Al concluir el primer encuentro, se solicitó a los integrantes de los grupos de opinión destinar siete días, para profundizar en los aspectos relacionados con el ingreso en el hogar, la atención médica integral, el método clínico así como otros elementos básicos de los cuidados a niños y embarazadas. Se recomendó consultar bibliografía básica para poder definir con mayor fundamento científico los criterios, como medida de buena práctica.<sup>104, 105, 106, 107</sup>

Los días para profundizar tenían como propósito que los participantes pudieran tener una base científica para definir los criterios como patrones de buena actuación, es decir, lo que los prestadores deberían hacer para brindar atención de calidad a los ingresados en el hogar.

Con la información obtenida de las primeras sesiones de los grupos de opinión y las referencias bibliográficas, se elaboraron los criterios según los datos de estructura, proceso y resultado.

En los criterios de estructura, se incluyeron los aspectos relacionados con la disponibilidad de recursos sanitarios (medicamentos y material gastable), las condiciones de la vivienda (higiene-socioeconómicas) y características de la familia (funcional y disfuncional).

La evaluación de las familias, ésta protocolizada y estandarizada, disponible en el Manual de Medicina Familiar, al alcance de todos los médicos y enfermeras de la familia de los consultorios.<sup>18</sup>

En el ingreso en el hogar, la vivienda del enfermo se convierte en la sala de hospitalización y la familia juega un rol importante en la observación directa y cumplimiento de las indicaciones médicas; por tanto se incorporaron a los datos de estructuras los aspectos relacionados con la vivienda y el medio familiar.

Para los datos de proceso, se determinó elaborar criterios que reflejaran la aplicación de los conocimientos y habilidades de los miembros del equipo de salud en la atención, utilizando los elementos del método clínico como método científico de actuación, éstos son: interrogatorio, examen físico, planteamiento del diagnóstico, complementarios, conducta y seguimiento.

Se consideró incorporar fundamentalmente lo descrito por el médico de la familia, porque estaban bien definidos los elementos de actuación de este miembro del equipo.

La enfermera, parte activa de las atenciones que se ejecutan en la APS, en el momento de discusión de la investigación, estaba implantando su método de

actuación, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE); sin embargo no fue posible tener todos los elementos para definirlos como criterios. Consideramos que deben quedar incorporados en otras investigaciones por su extraordinario valor para medir la calidad científico técnica de la atención.

En relación al seguimiento diario, se analizó y acordó en los grupos de opinión, considerar como criterio de calidad, tanto la visita del médico como de la enfermera porque ambos son parte activa de las acciones integrales a los pacientes, este aspecto difiere de lo planteado por el MINSAP en el año 1996, que considera que estas deben realizadas siempre por el médico de asistencia independiente de las acciones de enfermería.

En los datos de resultado, se incluyeron: la evolución del paciente como resultado final de la atención, la satisfacción de éstos y de los prestadores.

En la segunda sesión, la asistencia general de los nueve grupos fue de 88 personas para un 97,7%. Este encuentro se inició con una exposición por parte de la investigadora, de la propuesta de los criterios:

Estructura: condiciones higiénicas de la vivienda; condiciones socioeconómicas de la familia, características de la familia, disponibilidad de medicamentos y de material de cura (algodón, gasa, torundas, alcohol), de los ingresados en el hogar.

Proceso: los elementos del método clínico: interrogatorio, examen físico, diagnóstico, complementarios, conducta general –medicamentosa y seguimiento diario.

Resultado: evolución del paciente hacia la curación o mejoría, opinión sobre la atención recibida y satisfacción de usuarios; para medir los prestadores: utilidad y

beneficios del ingreso en el hogar, capacitación para realizar la atención y satisfacción con la actividad que realizan.

Posteriormente, los participantes expusieron sus consideraciones para definir los criterios, este paso se realizó mediante un sistema de rondas donde de manera individual los participantes escribieron en un papel sus ideas para la definición final, se fueron exponiendo en el pizarrón y por consenso después de cinco rondas quedaron identificados los aspectos que debían contener éstos.

En este segundo encuentro, al finalizar, se solicitó aportar sobre las fuentes de información y los instrumentos para obtenerla. Después de una tormenta de ideas, se acordó utilizar como fuentes: las historias clínicas individuales y familiares, así como la opinión de los enfermos o familiares, los médicos y las enfermeras que brindaban la atención mediante la aplicación de encuestas.

Se razonó que la información de los pacientes era valiosa para confirmar lo acopiado de las historias y para determinar la satisfacción de ellos. Con lo aportado por los grupos se definieron los criterios, respetando las condiciones de especificidad y viabilidad, teniendo en cuenta los argumentos siguientes:

- o La especificidad, que los criterios permitieran medir la calidad científico técnica y la satisfacción en relación a la atención a los ingresados en el hogar.
- o La viabilidad, que la aplicación de estos criterios se realizaría en condiciones reales de la atención, es decir, revisión de las historias clínicas disponibles en los consultorios así como las entrevistas a usuarios y prestadores manteniendo las normas éticas.

Finalmente, se conceptualizaron los criterios y se determinaron los indicadores, de forma individual, en sentido positivo, de tipo normativo y explícito. (Anexo 3)

1.4. **Confección de los instrumentos para la recolección de los datos**, se tuvieron en cuenta los aspectos teóricos revisados y los aportes que realizaron los grupos de opinión, quedaron conformados tres:

- I. Modelo de revisión de las historias clínicas individuales y familiares de los ingresados en el hogar. (Anexo 4)
- II. Cuestionario para obtener la información de los prestadores. (Anexo 5)
- III. Cuestionario para obtener la información de los usuarios. (Anexo 6)

En el modelo de revisión de las historias clínicas individuales y familiares de los pacientes, se incluyeron los aspectos relacionados con la primera consulta al iniciar el ingreso en el hogar y la evolución diaria realizada por los miembros del equipo de salud (médico/enfermera). También, se consideraron los aspectos relacionados con las características de la vivienda y la familia, quedó conformado por diferentes ítems para marcar.

El cuestionario para los prestadores, se elaboró para obtener los datos relacionados con la satisfacción de éstos y se utilizaron las variables siguientes: utilidad y beneficios del ingreso en el hogar, capacitación para realizar la atención y la satisfacción laboral. Quedaron confeccionadas por ítems para información general de los prestadores además dos preguntas dicotómicas y una de argumentación.

El cuestionario para los usuarios, se construyó para identificar la disponibilidad de recursos sanitarios (medicamentos y material gastable) y para valorar la atención así como su satisfacción con la atención recibida durante el ingreso en el hogar.

Quedó confeccionado por ítems para información general del usuario además, por cuatro preguntas dicotómicas y una de argumentación.

1.5. **Fijar los estándares y validar el contenido de los cuestionarios**, se utilizó el criterio de expertos.

El grupo de expertos, se seleccionó a partir de los miembros de los nueve grupos de opinión antes mencionados, con los requisitos de inclusión siguientes:

1. Médicos especialistas en Medicina General Integral y Enfermeras Licenciadas, con diez años o más de experiencia en la labor asistencial en los consultorios.
2. Coeficiente de competencia alto.

Para definir el coeficiente de competencia se utilizó un método elaborado y publicado por la MSc. Sandra Hurtado de Mendoza Fernández del Centro de Estudios Contable y Financieros de Cuba.<sup>108</sup>

Previa coordinación con el Director Municipal de Salud de Playa, se efectuó una sesión de trabajo en el Policlínico 26 de Julio con los especialistas y licenciadas seleccionados. Este encuentro tuvo como objetivo, determinar el coeficiente de competencia de los participantes para definir los expertos.

Pasos que se siguieron. (Anexo 7)

- Se confeccionó el listado con los seleccionados. (Total: 42) y se citaron para un encuentro, el cual se inició con una explicación por parte de la investigadora sobre la importancia de los expertos para la investigación.
- El grupo fue sometido a dos interrogantes para determinar el coeficiente de competencia. La primera, permitió conocer el nivel de información que poseían sobre el ingreso en el hogar y los elementos del método científico

de actuación (método clínico) que les permitiera valorar posteriormente el nivel óptimo o estándar de cada criterio.

- La segunda pregunta, permitió determinar cómo influyeron para el conocimiento antes valorado, las fuentes de información o fundamentación que se les precisaban en una tabla.
- Las respuestas, se procesaron mediante un programa automatizado, el resultado final determinó el coeficiente de competencia en alto, medio y bajo para cada evaluado.

El grupo de expertos, finalmente, se conformó por los que obtuvieron un coeficiente de competencia alto, dentro de los médicos especialistas y enfermeras licenciadas con diez años o más de labor en los consultorios.

De los 42 profesionales evaluados, el grupo de experto quedó integrado por 26, personas de los cuales 18 (69.2 %) eran médicos y 8 (30.8%) enfermeras.

Después de haber seleccionado los expertos, se realizó un encuentro con éstos, explicando en su inicio la importancia del grupo para los pasos siguientes de la investigación, acordándose utilizar siete días para estudio individual, sobre la importancia de los estándares y formas de validación de instrumentos para la obtención de los datos, la autora facilitó artículos publicados y material bibliográfico.

La sesión del grupo de experto, se inició con el 100% (26) de los participantes, primeramente, se realizó una breve introducción sobre el concepto de estándares el cual quedó escrito en una pancarta a la vista de los participantes, posteriormente se seleccionó un relator y quedaron definidos los objetivos como

objetivos del encuentro los siguientes: precisar los estándares y validar los cuestionarios por su contenido. (Anexo 8)

### **Determinación de los estándares.**

Los estándares se fijaron en dos niveles: por cada criterio para el conjunto de evaluados y para cada paciente según todos los criterios.

1er nivel. Para determinar el estándar de cada criterio, se procedió de la forma siguiente: a cada experto se le facilitó un documento con todos los criterios e indicadores ya elaborados, solicitando que de manera individual asignaran un valor mayor de cero y menor que 100 %, como estándar según el nivel de influencia que tuviera éste en la atención a evaluar (ingreso en el hogar)

El relator fue describiendo en la pizarra las propuestas, se realizaron cuatro rondas para que el grupo aprobara por consenso los estándares, finalmente, quedaron entre 80 % y 95 %. (Anexo 9)

2do nivel, para fijar el estándar para cada paciente, según la evaluación de todos criterios de calidad aceptable, la investigadora propuso al grupo considerar un estándar de 80 % para cada paciente, según los artículos publicados. Es decir, que la atención se apreciaba de calidad o adecuada, sí del total de los criterios evaluados para cada paciente el 80 % o más habían sido estimados de calidad aceptable. La propuesta fue sometida a discusión y aprobada por unanimidad.

### **Validación de los cuestionarios.**

Se realizó la validación por el contenido, según las propiedades de Moriyama, utilizando como referencias artículos publicados sobre la utilización de este método. <sup>109, 110</sup>

Se expusieron en el pizarrarón, los elementos que se tomarían en cuenta para valorar el contenido de cada pregunta, es decir, que cumplieran los requisitos siguientes:

1. Razonables y comprensibles: la información de la pregunta del cuestionario en cuestión permitía medir la calidad científico técnica y la satisfacción en relación al ingreso en el hogar.
2. Sensible o discriminante: cada pregunta buscaba la información de un aspecto particular dentro del propósito general de evolución de la calidad científico técnica y satisfacción.
3. Justificables: se ajustaban al propósito de evaluar la atención a los ingresados en el hogar.
4. Claramente definidas: se expresaban con claridad y eran comprendidas a la lectura.

Cada experto evaluó el cumplimiento de los aspectos antes mencionados, mediante una escala ordinal de cero, uno y dos, equivalente a las categorías siguientes: mucho (2), poco (1) y nada (0). Se consideraron válidas las preguntas cuando el 80% o más de las valoraciones emitidas por los expertos obtenían valor de mucho (2).

Los resultados fueron los siguientes:

- Las preguntas del cuestionario de los prestadores, fueron validadas todas. El 90.1 % de las valoraciones fueron con el valor de dos (mucho).
- Las preguntas del cuestionario de los usuarios fueron validadas todas. El 88.6 % de las valoraciones fueron con el valor de dos (mucho).

Al no tener que modificar los cuestionarios para medir la satisfacción, quedaron como se expresan en los anexos cinco y seis.

Ya elaborados los criterios evaluativos, definidos los indicadores, estándares así como los instrumentos para la obtención de la información, se procedió a realizar un estudio piloto.

1.6. **Estudio piloto**, consistió en la evaluación de la calidad científico técnica a la atención de los ingresados en el hogar, su satisfacción y la de los prestadores en el GBT 2 del Policlínico 26 de Julio ya definido desde el diseño de la investigación, con el objetivo de ensayar lo elaborado y construir de manera definitiva la metodología para evaluar la atención de los ingresados en el hogar.

El universo del estudio piloto estuvo integrado por 79 pacientes ingresados y 26 prestadores. Los datos se tomaron mediante la revisión de las historias clínicas individuales y familiares así como la opinión de usuarios y prestadoras, utilizando los instrumentos anexados (3, 4,5)

Se diseñó una base de datos donde se introdujo la información por criterios y pacientes. La calidad se evaluó en dos niveles:

1ero. Cada criterio para el conjunto de los evaluados en dos acepciones: calidad aceptable y no aceptable. La primera, sí el valor real era igual o superior al estándar.

2da. La atención para cada paciente se evaluó, según el por ciento de criterios evaluados de calidad aceptable, comparándolo con el estándar establecido (80%)

### **Resultados del estudio piloto.**

1. Caracterización de los pacientes ingresados.

Se encontraban en edad adulta 46 (58.2%) y niños 33 (41.8%). Las principales causas de ingreso fueron: afecciones respiratorias 37 (46.8%), con embarazos de riesgo 11 (13.9%), egreso hospitalario precoz nueve (11.3%) y otras causas 19 (28%). El promedio de días ingresados fue de siete.

## 2. Caracterización de los prestadores.

De los 14 médicos de la familia, eran especialistas ocho (57,1%) y residentes seis (42,9%). Uno solamente tenía categoría docente y era Máster en Atención Primaria de Salud.

De las 12 enfermeras, eran licenciadas cuatro (33.3%) y técnicas ocho (66,7%), ninguna con categoría docente ni académica.

Según los años de experiencia 19(73%) prestadores estaban laborando en la atención primaria con un tiempo superior a los 10 años, seis (23%) con más de cinco años y uno con dos años.

## 3. Evaluación de la calidad según los criterios para el conjunto de los evaluados. (Anexo 10)

Dentro de los cinco criterios evaluados en la estructura, cuatro fueron de calidad aceptable y uno no aceptable (disponibilidad de material gastable como gasa, algodón, alcohol, torundas, soluciones para cura).

Se determinó, que los datos de las condiciones higiénicas, socioeconómicas y características de las familias en más del 75 % de los casos estaban recogidos con anterioridad al ingreso entre seis y 10 meses.

Excepto la visita diaria, el resto de los criterios de proceso se evaluaron de calidad no aceptable. En relación a la visita diaria, se comprobó que el médico visitó a 74

pacientes (96.2%) y la enfermera a 71(95.9%), aspecto éste corroborado por la opinión de los usuarios.

Los criterios de resultado, demostraron que la evolución de los pacientes fue hacia la curación en más del 97 % de los ingresados y con satisfacción por la atención recibida en más del 94%.

En la satisfacción laboral, ocho médicos (57,2 %) expresaron insatisfacción con la labor que realizan; argumentando limitaciones para las indicaciones de medicamentos y déficit de recursos en los consultorios. Las enfermeras, a diferencia de los médicos, se sintieron satisfechas con la labor que realizaban.

Según los criterios evaluados de calidad no aceptable, los problemas que afectaron la atención, fueron los siguientes: no disponibilidad del material gastable para los pacientes con indicaciones, el médico no realizó una atención basado en el método científico de actuación; lo que equivale a atenciones deficientes o de calidad no aceptable y más de la mitad los médicos estuvieron insatisfechos por dificultades de recursos.

4. Determinación de la atención de cada ingresado según la evaluación de todos los criterios.

De los 79 pacientes ingresados, solamente 43 (54,4 %) recibieron atención adecuada o de calidad.

#### Consideraciones finales del estudio piloto.

- Los criterios elaborados, permitieron medir la calidad científico técnica y la satisfacción.

- La información disponible para evaluar los criterios de condiciones higiénicas del hogar, condiciones socioeconómicas y características de la familia, tenían un registro de actualización entre seis y 10 meses anterior al ingreso, según los datos de las historias clínicas familiares.
- Los resultados de los criterios de proceso relacionados con el interrogatorio y el examen físico, fueron los que más se alejaron de los estándares y dentro de ellos los completos fueron los más deficientes.
- Los pacientes, en su mayoría se curaron en sus hogares y con satisfacción.
- Los médicos, se sintieron en general insatisfechos con las acciones que realizaban a diferencia de las enfermeras que estaban satisfechas.
- Menos de la mitad de los pacientes evaluados, recibieron una atención adecuada o de calidad, según la valoración de tener el 80 % o más de todos los criterios de calidad aceptable.

### **Consideraciones éticas.**

Se cumplieron las normas vigentes en la declaración de La Asociación Médica Mundial de Helsinki para las investigaciones. Los enfermos o familiares entrevistados, fueron informados de su entera libertad para participar en el estudio; sin consecuencia alguna para su integridad personal, solicitando la firma de este consentimiento. Se explicó que sus opiniones no serían expuestas a los médicos ni enfermeras de la familia. (Anexo 11)

A los prestadores que se sometieron a las entrevistas, se les solicitó su voluntad de participar manteniendo la confidencialidad de las respuestas, como se expresa en el documento de los cuestionarios.

### **Conclusiones del capítulo.**

1. Para el diseño de la investigación se utilizaron métodos teóricos y empíricos, utilizando grupos de opinión y de expertos, los cuales, fueron imprescindibles para el desarrollo de cada una de las etapas del trabajo.
2. El diseño de la investigación culminó con el ensayo de los instrumentos elaborados en un estudio piloto, facilitando la elaboración de la metodología como aporte del trabajo.

### **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA PARA EVALUAR LA CALIDAD CIENTÍFICO TÉCNICA DE LA ATENCIÓN DE LOS INGRESADOS EN EL HOGAR, LA SATISFACCIÓN DE ÉSTOS Y LA DE LOS PRESTADORES.**

**Objetivos del capítulo.** Definir los aspectos generales, el plan de procesamiento de los datos e interpretación de los resultados, de la metodología para evaluar la atención de los ingresados en el hogar.

El diseño y la estructura de la metodología se basó en los resultados del estudio piloto y esquemas descritos por reconocidos especialistas del tema, entre los que se destacan: Jiménez L <sup>3</sup>, Nutting <sup>4</sup> Vuori <sup>5</sup>, Donabnedian <sup>6</sup> y otros, los cuales constituyeron fuente de referencia obligada.

#### **Procedimientos que se siguieron para elaborar la metodología.**

1ero. Análisis de los resultados del estudio piloto con los grupos de opinión que participaron en el diseño de la investigación.

2do. Definición de los componentes de la metodología.

#### **1ero. Análisis de los resultados del estudio piloto.**

Al concluir el estudio piloto, se convocaron los grupos de opinión que habían participado en el diseño del estudio para analizar los resultados de éste.

Participaron 86 miembros (95.5%); para el intercambio se utilizó la guía de los encuentros anteriores (anexo 2)

Pasos seguidos:

Primero, la investigadora expuso los resultados del estudio, sometiéndolos a discusión, los cuales se sometieron a discusión.

Segundo, se acordaron realizar modificaciones a algunos criterios e instrumentos elaborados y aplicados. Los que se exponen a continuación:

De los criterios:

De estructura.

- Los criterios relacionados con las condiciones de la familia y la vivienda, se acordó la necesidad de triangular la información recogida de las HCF por la opinión de los usuarios, porque no siempre la fecha de la evolución de la familia coincide con el período de tiempo del ingreso en el hogar y los aspectos que se evalúan son importantes para medir calidad en la atención.
- La información relacionada con la disponibilidad de medicamentos o material gastable que se obtenía solamente por la opinión de los usuarios, coincidiría con la opinión de los prestadores.

De proceso.

- Los criterios de interrogatorio y examen físico realizado, se valoró no utilizarlos y manejar los que mencionaban como completo, porque reflejaban los elementos del método clínico que median en realidad la calidad.

De resultado.

- Se determinó eliminar el criterio relacionado con la opinión que tenían los usuarios sobre la atención recibida. La investigadora expuso que durante las entrevistas los usuarios comprendían que la opinión sobre la atención era su propia satisfacción, las respuestas en todos los casos coincidieron.

De los instrumentos.

- Agregar al cuestionario de los usuarios, preguntas para indagar sobre las condiciones del hogar, la situación económica para sufragar los gastos fundamentales durante el ingreso y la armonía familiar.
- Adicionar preguntas al cuestionario de estos prestadores para indagar sobre la disponibilidad de medicamentos y material gastable, para los pacientes ingresados en el hogar.

## **2do. Definición de la metodología.**

### **Índice.**

- ¿Quiénes pueden emplear la metodología?
- ¿Para qué se emplea?
- ¿Dónde puede ser empleada?
- ¿Cuáles criterios evaluativos permitieran medir la atención de los ingresados en el hogar?
- Procedimientos para la aplicación de la metodología.
  - 5.1 ¿Con cuáles instrumentos?
  - 5.2. ¿A quiénes se les aplicarán los instrumentos?
  - 5.3. ¿En qué orden se aplican?

5.4. ¿Quiénes están facultados para aplicar los instrumentos?

5.5 ¿Cómo se realiza el llenado de los instrumentos?

- Procedimientos para el análisis e interpretación de los resultados: construcción de la base de datos e interpretación de los resultados.

Desarrollo de los aspectos señalados en el índice de la metodología.

### **1. ¿Quiénes pueden emplear la metodología?**

La metodología puede ser empleada por los directivos de los policlínicos en cualquier región de Cuba y por los coordinadores de las brigadas médicas en el exterior.

### **2. ¿Para qué se emplea?**

Se emplea para evaluar la calidad científico técnica a la atención de los ingresados en el hogar, así como la satisfacción de éstos y la de los prestadores e identificar los problemas que afectan la atención.

### **3. ¿Dónde puede ser empleada?**

Se podrá emplear en todos los policlínicos del país, grupos básicos de trabajo, consultorios del médico y la enfermera de la familia así como en las brigadas médicas en el exterior con personal de salud cubano que realice ingreso en el hogar.

### **4. Criterios evaluativos para medir la calidad científico técnica y la satisfacción.**

Dimensiones	Criterios	
	Estructura	Condiciones higiénicas de la vivienda. Condiciones socioeconómicas de la familia.

Calidad científico técnica.		Características de la familia. Disponibilidad de medicamentos. Disponibilidad de material de curaciones.
	Proceso.	Interrogatorio, examen físico, diagnóstico, exámenes complementarios, conducta general y medicamentosa. Seguimiento diario.
	Resultado	Evolución del paciente hacia la curación o mejoría.
Satisfacción.	Resultado.	Satisfacción de los usuarios con la atención recibida. Satisfacción de los prestadores, mediante el análisis de: utilidad y beneficios del ingreso en el hogar, capacitación para realizar la atención así como la satisfacción con las acciones que realiza.

## 5. ¿Procedimientos para la aplicación de la metodología?

### 5.1 ¿Con cuáles instrumentos?

- ❖ I. Modelo de recogida de las historias clínicas de los pacientes.
- ❖ II. Cuestionarios para los prestadores (médicos y enfermeras)
- ❖ III. Cuestionario para los usuarios (paciente o familiar)

Los instrumentos (I, II, III) ya rectificados después del estudio piloto, se anexan al final de este capítulo.

### 5.2. ¿A quiénes se les aplican los instrumentos?

El instrumento I, se aplica a las historias clínicas individuales y familiares de los pacientes ingresados en el hogar. Requisitos para la revisión: el evaluador debe poseer una autorización del director del policlínico o jefe de la brigada médica en el exterior para acceder a las historias. Éste debe previamente explicar a los

prestadores el objetivo de la revisión así como concertar el día y hora para la revisión.

El instrumento II (cuestionario de los prestadores), se aplica a los médicos y las enfermeras de la familia. Requisitos de los declarantes: médicos y enfermeras de la familia, que realizaron la atención al ingresado en el hogar con voluntad de participar.

El instrumento III (cuestionario de los usuarios) se aplica a los pacientes del universo de estudio o a un familiar. Requisitos de los declarantes: se entrevista a los pacientes si estos son mayores de 15 años de edad, sin limitaciones para la comunicación y a un familiar, en los casos siguientes: ingresados menores de 15 años de edad, limitados o discapacitados para la comunicación de cualquier edad. Previo a la entrevista, los declarantes deben conocer y firmar el consentimiento informado. (Anexo 11)

### **5.3 ¿En qué orden se aplican?**

En primer orden, se deben revisar las historias clínicas en los consultorios previa concertación entre el investigador y los miembros del equipo de salud del consultorio. Después, se encuestarán a los médicos y las enfermeras en su propio consultorio y finalmente, se visitarán las viviendas de los ingresados en el hogar para recoger sus opiniones.

### **5.4 ¿Quiénes están facultados para aplicar los instrumentos?**

Los instrumentos deben ser aplicados por: médicos especialistas en Medicina General Integral, profesores de los grupos básicos de trabajo (especialistas en Medicina Interna, Pediatría, Ginecología – Obstetricia) y licenciadas en enfermería con dominio de las acciones que realizan los equipos básicos de salud de los

consultorios, además deben conocer previamente los objetivos de la metodología que se aplica.

EL que aplique la metodología, debe ser designado por el director de la institución o coordinador de la brigada médica que aprobó realizar la evaluación a la atención de los ingresados en el hogar.

### **5.5 ¿Cómo se realiza el llenado de los instrumentos?**

Toda la información se obtendrá de manera retrospectiva, con un máximo de 30 días después del alta médica a los ingresados en el hogar, para lograr que los datos estén lo más reales posible. La información de todos los instrumentos (I, II, III), serán tomados por el investigador a cargo de la evaluación de la atención. No se auto aplicarán los cuestionarios.

Las historias clínicas (HC) se revisan en el consultorio sin la presencia de los prestadores. La información que no aparezca consignada en ellas, se marcará dentro de la alternativa de no realizado o no indicado. No deben realizarse preguntas adicionales a los prestadores sobre los datos.

Antes de recoger los datos de la opinión de ingresados y prestadores, las instrucciones de la información que aparece al inicio de cada cuestionario, deben ser leídas a los declarantes.

La encuesta a los prestadores (instrumento II) debe realizarse en sus consultorios, de manera independiente, una para el médico y otra para la enfermera. En ningún caso el investigador realizará valoraciones sobre los datos recogidos de las HC ni de las opiniones emitidas por el otro prestador.

La encuesta a los usuarios (instrumento III) debe realizarse en los hogares de los ingresados, previa firma del consentimiento informado. La encuesta se realizará al paciente o a un familiar como anteriormente se definió; para la selección de éste último, el entrevistador deberá tomar en cuenta el vínculo y el nivel de información que sostuvo con el paciente ingresado en el hogar; deberá buscar la opinión de la persona que más aporte; aunque para ello deba visitar reiteradamente la vivienda. Al terminar la aplicación del instrumento III (cuestionarios de usuarios) el investigador deberá cotejar la información obtenida con la recogida a través del instrumento I.

## **6. Procedimientos para el análisis e interpretación de los resultados.**

### **6.1. Construcción de los datos.**

La información general de los pacientes y prestadores se empleará como elemento de caracterización. El resto de la información obtenida será utilizada para llegar a conclusiones sobre la calidad científico técnica de la atención a los ingresados en el hogar así como la satisfacción de éstos y de los prestadores.

Para el análisis e interpretación de los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos correspondientes a la metodología aplicada, el investigador se apoyará en el resumen y plan de procesamiento de la información que aparece consignada a continuación.

En éste se relacionan los criterios evaluativos, con los indicadores correspondientes contenidos en los instrumentos así como la forma en que deberán ser interpretados. La primera columna, expresa los criterios precedido de una sigla que se corresponde según los datos: estructura (E), de proceso (P) y resultado (R).

La segunda columna, describe en primer lugar, en números romanos el instrumento del cual se toma la información, seguido del acápite del modelo de recogida de los datos de las historias clínicas o la pregunta de los cuestionarios. La tercera columna, detalla los aspectos de la evaluación en dos acepciones: aceptable y no aceptable, debe complementarse esta información con la definición de los criterios, disponible en el anexo 3.

### RESUMEN Y PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

<b>Criterios de estructura</b>	<b>Instrumentos . Acápites o Preguntas</b>	<b>Evaluación.</b>
E.1 Condiciones higiénicas del hogar	<b>I- Acápite I.1</b> <b>III- Pregunta 3.1</b>	Aceptable, la historia clínica familiar (HCF) refleja condiciones buenas o regulares y los usuarios lo confirman. No aceptable, condiciones malas según la HCF o los usuarios expresan dificultades en el hogar.
E.2. Condiciones socioeconómicas	<b>I- Acápite I.2</b> <b>III- Pregunta 3.2</b>	Aceptable, la HCF refleja condiciones buenas o regulares y los usuarios refieren que pudieron comprar medicamentos y alimentos. No aceptable, condiciones malas según la HCF o los usuarios valoran que no pudieron asumir los gastos por compra de medicamentos o alimentos.
E.3. Características de 7la familia.	<b>I- Acápite I.3</b> <b>III- Pregunta. 3.3</b>	Aceptable, en la HCF la familia es evaluada de funcional y los usuarios expresan haber tenido armonía y bienestar. No aceptable, la familia está evaluada como disfuncional según la HCF o los usuarios refirieron que no había armonía ni bienestar durante el ingreso.
E.4. Disponibilidad de medicamentos.	<b>II- Pregunta. 5</b> <b>III-Pregunta. 1</b>	Aceptable, el usuario expresa disponibilidad de medicamentos en la red de farmacias o el policlínico y al menos un prestador lo confirma. No aceptable, el usuario expresa la no disponibilidad del medicamento indicado y al menos un prestador expresa la no disponibilidad.
E.5. Disponibilidad de material de cura	<b>II- Pregunta. 6</b> <b>III-Pregunta. 2</b>	Aceptable, el usuario expresa disponibilidad del material gastable en la red de farmacias o el policlínico y al menos un prestador lo confirma. No aceptable, el usuario expresa la no disponibilidad del material gastable y

<b>Criterios de Proceso</b>	<b>Instrumentos . Acápites Preguntas</b>	<b>Evaluación.</b>
P.1 Interrogatorio	<b>I- Acápite II.1</b>	Aceptable, en la consulta inicial del ingreso están realizados <u>todos</u> los elementos de la entrevista médica: anamnesis, antecedentes patológicos personales (APP) y familiares (APF), historia actual de la enfermedad (HEA). No aceptable, falta alguno de los aspectos antes mencionados.
P.2 Examen físico	<b>I- Acápite II.2</b>	Aceptable, en la primera consulta están realizados todos los aspectos del examen físico. General: mucosas, temperatura (si síntomas referidos en el interrogatorio de fiebre) y tejido celular subcutáneo. Sistemas: respiratorio, cardiovascular, urinario, nervioso y digestivo. Frecuencia respiratoria (FR), frecuencia cardiovascular (FCV) y tensión arterial (TA). En las embarazadas, el examen obstétrico según edad gestacional. No aceptable, falta algún elemento antes mencionado.
P.3. Diagnóstico	<b>I- Acápite II.3</b>	Aceptable, el médico al finalizar el interrogatorio y el examen físico plantea el diagnóstico. No aceptable, el médico no planteó el diagnóstico.
P.4 Exámenes complementarios	<b>I- Acápite II.4</b>	Aceptable, los complementarios indicados están en correspondencia

		con el diagnóstico planteado. No aceptable, los complementarios no se correspondieron con el diagnóstico planteado.
P.5 Conducta general	<b>I. Acápites II.5</b>	Aceptable, están realizadas indicaciones de: reposo o ejercicios, alimentación u otras medidas no medicamentosas. No aceptable, no se reflejan los aspectos antes mencionados.
P.6 Conducta medicamentosa	<b>I. Acápites II.6</b>	Aceptable, se expresa la dosificación, frecuencia del medicamento así como duración del tratamiento. No aceptable, cuando el médico al menos deja de describir uno de los aspectos antes definidos.
P. 7 Evolución diaria	I. Acápites II.7 III. Pregunta 4	Aceptable, se expresa la evolución diaria, por parte de algún miembro del equipo de salud y lo confirmó el usuario. No aceptable, cuando no está descrita en la HC la evolución diaria o el usuario expresa no haber recibido visita todos los días. No se consideró la visita diaria del día domingo.
<b>Criterios de Resultado</b>	<b>Instrumentos. Acápites Preguntas</b>	<b>Evaluación.</b>
R. 1 Evolución final del enfermo	<b>I-Acápites II-8</b>	Aceptable, el paciente al concluir el ingreso se curó o mejoró, recuperando el estado de salud anterior al ingreso. No aceptable, el paciente se complicó o falleció. Se exceptúa de considerar

		como no aceptable a los pacientes fallecidos que estaban en estado terminal de su enfermedad
R. 2. Satisfacción de los usuarios.	<b>III. Pregunta 5</b>	Aceptable, satisfacción con la atención recibida. No aceptable, insatisfacción con la atención recibida.
R. 3 Utilidad y beneficios del ingreso en el hogar.	<b>II. Pregunta 1.</b>	Aceptable, refieren utilidad y beneficio del ingreso en el hogar para la población que atiende. No aceptable, la atención en el hogar no es de utilidad.
R.4. Capacitación para realizar el ingreso en el hogar.	<b>II. Pregunta 3.</b>	Aceptable, expresan conocimientos para realizar el ingreso en el hogar. No aceptable, no tienen conocimientos y habilidades.
R.5. Satisfacción laboral.	<b>II. Pregunta 4.</b>	Aceptable, satisfacción realizando las acciones como médico/enfermera de la familia incluido el ingreso en el hogar. No aceptable, no están satisfechos.

## 6.2. Interpretación de los datos.

La información obtenida se introduce en una base de datos en Excel, que define por las filas a los evaluados (usuarios o prestadores), consignando un número de orden según la entrada de los documentos y por las columnas se expresan los criterios según datos de: estructura, proceso y resultado. Ejemplo.

<b>No. del Evaluado</b>	<b>Condiciones Higiénicas</b>	<b>Condiciones socioeconómicas</b>	<b>Características de la familia.</b>	<b><u>Índice de cada paciente.</u></b>
<b>1</b>	1	0	1	<b>2 (66,6%)</b>
<b>2</b>	1	1	1	<b>3 (100%)</b>

<b>3</b>	1	1	1	<b>3 (100%)</b>
<b>4</b>	1	0	0	<b>1 (33%)</b>
<b>Índice de cada criterio</b>	<b>4 100%</b>	<b>2 50%</b>	<b>3 75%</b>	

Cuando los datos se introducen, se asigna un punto (1) al criterio evaluado de calidad aceptable y cero (0) si es no aceptable. Se recomienda hacer bases de datos independientes, según datos de estructura, proceso y resultado para su mejor procesamiento e interpretación.

Los criterios de estructura y de proceso, relacionados con la disponibilidad de medicamentos, material de cura, indicación adecuada de complementarios y tratamiento medicamentoso, deben valorarse de manera específica dado que el cálculo de los datos debe realizarse no sobre el total de la población evaluada, sino sobre el total de pacientes que recibieron la indicación.

Los criterios de resultado, deben procesarse de manera independiente, separando los datos correspondientes de los usuarios al de los prestadores; los últimos, en médicos y enfermeras.

La lectura del total de las columnas, permite obtener el índice de cada criterio para el conjunto de los pacientes. Ese valor es la suma de todos criterios evaluados de calidad aceptable para el conjunto de los estudiados. El valor del criterio en por ciento según la población total evaluada, se compara con el estándar ya prefijado que se describe en el Anexo 9 y se determina la evaluación final de cada criterio para el conjunto de los pacientes, en dos acepciones: calidad aceptable, sí el valor en % es igual o mayor al estándar y en caso contrario, o sea, si el valor es inferior al estándar entonces la calidad es no aceptable.

La lectura de cada fila, corresponde con los criterios evaluados con calidad aceptable para cada paciente. Este resultado se expresa de la forma siguiente: el índice de cada sujeto ya en por ciento según el número de criterios evaluados para cada uno, se compara con el estándar prefijado de 80%, interpretándose de la forma siguiente: la atención que recibe el paciente es de calidad, cuando el valor real es igual o superior al 80% y en caso contrario sí es menor se considera que la atención recibida no es de calidad.

Finalmente, los criterios evaluados de calidad no aceptable, constituyen los problemas en la atención.

La metodología se elaboró de forma flexible, por los aspectos siguientes:

- Los directivos en función del interés propuesto para la evaluación y de las particularidades del contexto de aplicación podrán explorar los criterios de estructura, proceso o de resultado de forma exclusiva y no la totalidad de los mismos. Es decir, pueden evaluar únicamente criterios de proceso o de resultado y de estructura. Pero como se documenta en el marco teórico no es aconsejable evaluar de forma independiente los de estructura.
- Es importante aclarar, que cuando se utilice la metodología de manera parcial (es decir, explorar únicamente los criterios de estructura, de proceso o de resultado), en ningún caso podrán combinarse o excluirse los indicadores contenidos dentro de cada criterio. Es decir, evaluar un criterio de estructura, otro de proceso u otro de resultado.
- La interpretación de los estándares, como niveles óptimos de cada criterio podrán ser flexibilizados en más o menos 10% en cada evaluación, teniendo

en cuenta las características de la unidad o grupo donde se aplique, el nivel de los prestadores y los intereses institucionales.

- De igual manera podrá flexibilizarse el estándar de atención de calidad para cada paciente según todos los criterios evaluados; aunque según los estudiosos de la calidad asistencial se recomienda fijarlo en alrededor del 80%.

La flexibilización de la interpretación de los estándares, nunca será arbitraria, sino, requerirá de un análisis en la institución donde se ejecute la evaluación, por un grupo de expertos o especialistas de elevada competencia y desempeño para garantizar evaluaciones de rigor.

### **Conclusión del capítulo.**

1. Se definieron los aspectos generales de la metodología, el plan de procesamiento de los datos e interpretación de los resultados, utilizando como base, el diseño de la investigación, los resultados del estudio piloto y las bases teóricas de autores cubanos y otros países.

**I. MODELO DE RECOGIDA DE LOS DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS INDIVIDUALES – FAMILIAR.**

Marcar con una X, los aspectos documentados en las historias clínicas.

INFORMACIÓN GENERAL.	
Nombre y Apellidos del paciente: _____	No. de historia clínica. _____
Edad (meses o años cumplidos) _____	Sexo: M__ F__
Fecha de ingreso: día__/mes__/año__	Fecha de egreso: día__/mes__/año__
I. DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR.	
I.1. Condiciones higiénicas del hogar. Bien__ Regular ____ Mal ____	
I.2. Condiciones socioeconómicas de la familia. Bien ____ Regular ____ Mal ____	
I.3. Características de la familia. Funcional. _____ Disfuncional. _____	
II. DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL.	
<u>II. Interrogatorio</u>	
Anamnesis. Realizado__ No realizado.____	
Antecedentes patológicos familiares. Realizado__ No realizado.____	
Antecedentes patológicos personales. Realizado__ No realizado.____	
Historia enfermedad actual. Realizado__ No realizado.____	
<u>II. Examen físico.</u>	
Mucosas. Realizado__ No realizado.____ Tejido celular subcutáneo. Realizado__ No realizado.____	
Sistema respiratorio. Realizado__ No realizado.____ FR. Realizada__ No realizado.____	
Sistema cardiovascular. Realizado__ No realizado.____ F.C.V. Realizada__ No realizado.____ Tensión arterial. Realizada__ No realizado.____	
Sistema urinario. Realizado__ No realizado.____	
Sistema nervioso. Realizado__ No realizado.____	
Sistema digestivo. Realizado__ No realizado.____	
Examen obstétrico. Realizado__ No realizado.____ (solamente en caso de embarazadas)	
II.3. Diagnóstico (s) _____	
II.4. Exámenes complementario(s). No indicados.____ Indicados: __ Cuales: _____	
II.5. Conducta general. Alimentación. Indicada .__ No indicado.____ Ejercicios. Indicado. __ No indicado____ Otras medias. Indicado . __ No indicado ____	
II.6. Conducta medicamentosa. No indicada. _____ Indicada _____	

## II. CUESTIONARIO PARA LOS PRESTADORES.

Estimado médico o enfermera de la familia:

Esta encuesta está destinada a determinar aspectos relacionados con su satisfacción como miembro del equipo de salud y en particular con la atención que brinda a los pacientes mediante el ingreso en el hogar. La información recogida será empleada con fines exclusivos de investigación. Requerimos; por tanto, opiniones críticas y sinceras pues así tendremos elementos para mejorar las atenciones que se brindan en el consultorio. Su identidad no será revelada, garantizando la confidencialidad de sus respuestas. Muchas gracias.

### I. INFORMACIÓN GENERAL.

Médico Especialista. \_\_\_ Residente. \_\_\_\_\_

Enfermera Licenciada: \_\_\_ Técnica: \_\_\_\_\_

Años laborando en la A.P.S.

10 años y más: \_\_\_\_\_ Entre 9 y 5 años: \_\_\_\_\_ Menos de 5 años: \_\_\_\_\_

### II. PREGUNTAS.

1. Considera que la atención del ingreso en el hogar es de utilidad y beneficiosa para la población que usted atiende.

Sí \_\_\_ No \_\_\_

2. Considera que está capacitada(o) para realizar la atención a los ingresados en el hogar.

Sí \_\_\_ No \_\_\_

3. Se siente usted satisfecho, realizando las acciones que le corresponden como miembro del equipo de salud del consultorio en la que está el ingreso en el hogar.

Sí \_\_\_ No \_\_\_\_\_

Argumente la respuesta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ¿Existió disponibilidad de medicamentos en la red de farmacias o en el

### III. CUESTIONARIO PARA LOS USUARIOS.

Estimado señor o señora:

Esta encuesta está destinada a determinar la satisfacción en relación a la atención que recibió durante el tiempo que estuvo ingresado en su hogar y para conocer algunas condiciones de su vivienda y familia. La información recogida será empleada con fines exclusivos de investigación. Requerimos; por tanto, opiniones críticas y sinceras, pues así tendremos elementos para mejorar las atenciones que se brindan en el consultorio. Su identidad no será revelada, garantizando la confidencialidad de sus respuestas. Muchas gracias.

I. INFORMACIÓN GENERAL. Paciente. \_\_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_\_

#### II. PREGUNTAS.

1. ¿Le indicaron medicamentos cuando estuvo ingresado en el hogar?

Si: \_\_\_ No: \_\_\_

Si la respuesta es positiva exprese sí el medicamento indicado lo adquirió:

Farmacias área de salud: Si: \_\_\_ No: \_\_\_ Policlínico. Si: \_\_\_ No: \_\_\_

Otra vía: Si: \_\_\_ No: \_\_\_

2. ¿Le indicaron algún material gastable (algodón, torundas, gasa, alcohol) cuando estuvo ingresado en el hogar? Si: \_\_\_ No: \_\_\_

Si la respuesta es positiva exprese si el material indicado lo adquirió:

Farmacias: Si: \_\_\_ No: \_\_\_ Policlínico o consultorio. Si: \_\_\_ No: \_\_\_

Otra vía: Si: \_\_\_ No: \_\_\_

3. De las condiciones de su hogar, durante el tiempo que estuvo ingresado diga:

3.1 ¿Considera que la higiene de su hogar era adecuada (habitación y hogar ventilado, ordenado, limpio, animales fuera de la vivienda, disponibilidad de agua para el aseo personal y el baño) durante el ingreso en el hogar? Si: \_\_\_ No: \_\_\_

3.2 ¿Considera que las condiciones económicas de su familia permitió la compra de medicamentos, alimentos u otros insumos requeridos durante el ingreso en el hogar?

Si: \_\_\_ No: \_\_\_

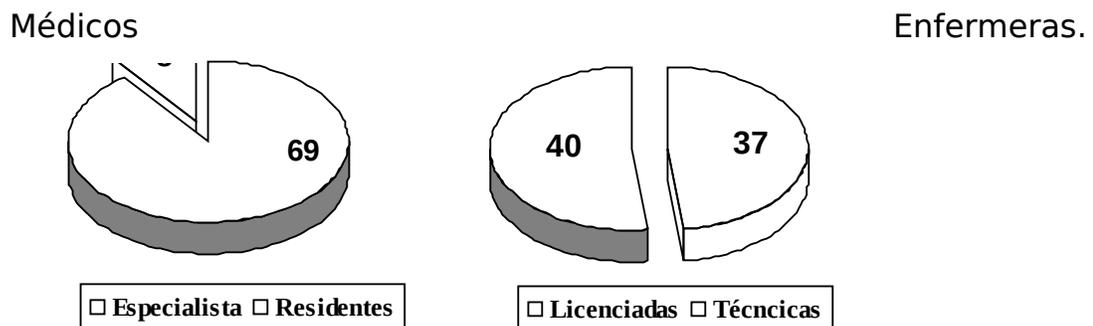
## CAPÍTULO IV. RESULTADOS EN LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA EVALUAR LA CALIDAD CIENTÍFICO TÉCNICA A LA ATENCIÓN DE LOS INGRESADOS EN EL HOGAR SU SATISFACCIÓN Y LA DE LOS PRESTADORES.

**Objetivo del capítulo.** Describir y analizar los resultados de la evaluación a la atención de los ingresados en el hogar, en el Municipio Playa de enero del 2000 a junio del 2005, mediante la utilización de la metodología elaborada al respecto.

### Caracterización del universo de estudio.

De los 154 prestadores, el 50 % (77) eran médicos y 50 % (77) enfermeras de la familia. El 89,6% (69) de los médicos eran especialistas y el 48%(37) enfermeras licenciadas, al unificar éstos datos, se demuestra que el 68,8% (106) de los prestadores tenían una calificación profesional, aspecto que puede influir de manera positiva en la calidad a la atención. Gráfico 1.

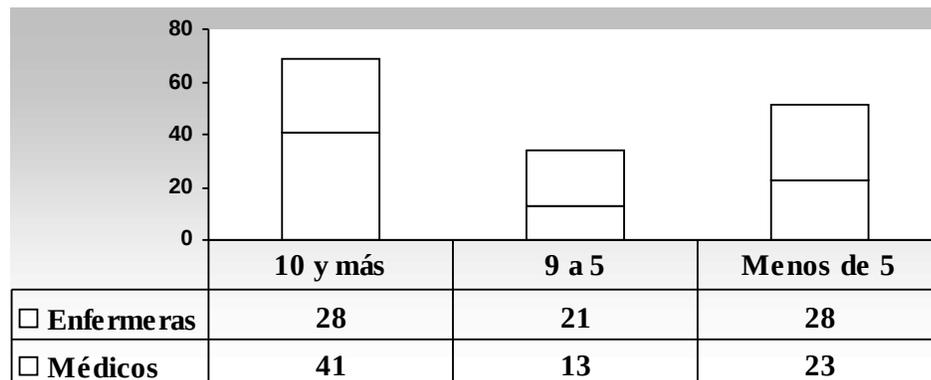
Gráfico 1. Prestadores según nivel técnico profesional. Municipio Playa. 2000-2005



Algunos autores plantean que cuanto más alto es el nivel de los profesionales mejores son las prestaciones que realizan y con ello mejor los resultados de los enfermos incluida la satisfacción con los servicios prestados.<sup>111, 112</sup>

En relación a los años de experiencia en la Atención Primaria de Salud, se determinó que 54 médicos (70.1%) y 49 enfermeras (63,68 %) tenían más de cinco años de experiencia, aspecto que a nuestra consideración influye efectivamente en la atención a los enfermos ingresados en el hogar, porque demuestra estabilidad en la labor que realizan y una mayor experiencia práctica en las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación que plantea el programa del médico y la enfermera de la familia. Gráfico 2.

Gráfico 2. Prestadores según años de experiencia en la labor de la APS. Municipio Playa. 2000-2005



La estabilidad de los prestadores está relacionada con el inicio del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, en el Municipio Playa desde el año 1986, que conlleva a que los miembros de los equipos de salud cuenten con experiencia para realizar acciones integrales a las personas, familias y comunidad que

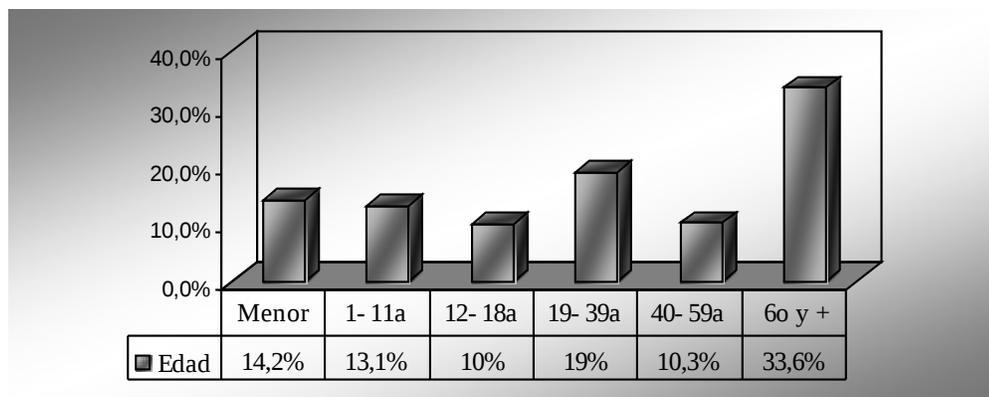
redundan en mejoramiento del estado de salud a la población así como al reconocimiento a la labor de éstos prestadores.

El Dr. Sanso<sup>13</sup> en un estudio realizado sobre la experiencia del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia en Cuba, demostró que la estabilidad de los prestadores a nivel del consultorio, incide de manera directa en los cambios de vida de la población y en la satisfacción de estos con los servicios de salud.

#### Caracterización de los usuarios.

Del total de los 569 pacientes estudiados, las personas mayores de 60 años fueron las que más se ingresaron en el hogar representando el 33,6 % (191), seguido del grupo de 19 a 39 años con el 19 % (106) y los menores de un año con el 14,2% (81). Gráfico 3.

Gráfico 3: Distribución de los pacientes según grupo de edad. Municipio Playa 2000-2005



Todos los grupos de edad estuvieron representados con ingresados, manifestando la posibilidad técnica de los prestadores del modelo del médico y enfermera de la

familia, de realizar acciones integrales para toda la población a lo largo de la vida, sin distinción de edad o problemas de salud.

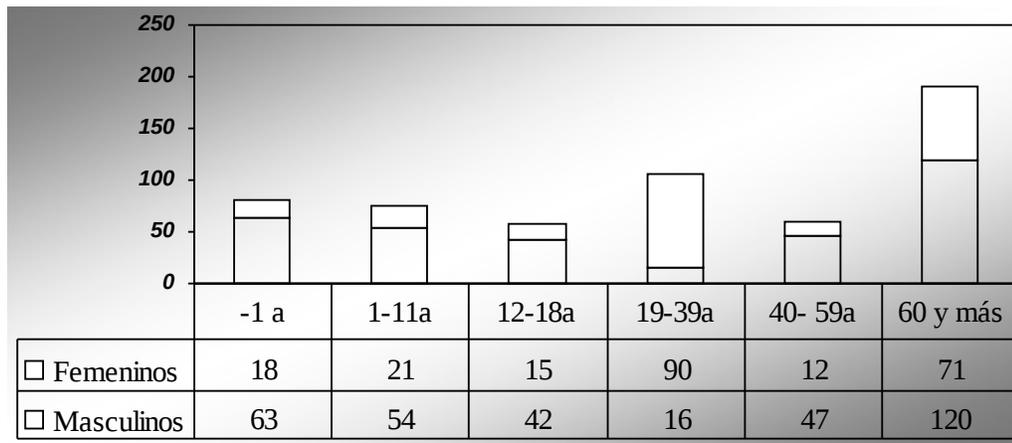
Estos resultados coinciden con otros trabajos publicados, que exponen resultados beneficiosos para pacientes con enfermedades agudas y crónicas. La utilización del ingreso en el hogar favorece de manera particular a los pacientes geriátricos, contribuye a la disminución de estados depresivos que aparecen, cuando se alejan de su ambiente, propicia mayor acercamiento de las familias a los enfermos y disminución de los gastos de las familias. <sup>113, 114, 115</sup>

Los niños menores de un año y las embarazadas, son grupos poblacionales con un gran número de atenciones, aspecto este procurado mediante indicaciones emitidas por el Programa Materno Infantil en Cuba (PAMI), que establece el ingreso en el hogar a las embarazadas y menores de un año en riesgo o enfermos sin complicaciones que comprometan la vida, deben ser ingresados en el hogar si las condiciones de las familias y la disponibilidad del medicamento o material lo permitan. La medida está encaminada a reducir la morbi-mortalidad de estos grupos. Países como Estados Unidos también se publican trabajos de atenciones de los menores de edad en sus hogares con resultados favorables para la salud de éstos. <sup>116, 117</sup>

La distribución de los ingresados por edad y sexo, demuestra que la mayoría fueron hombres, excepto en el grupo de 19 a 39 años, donde están incluidas 87 embarazadas que representaron el 96.6 % del total de ese grupo. Gráfico 4.

Las mujeres embarazadas demandan de prioridad en su atención, porque se controla a las personas (embarazada), el producto (feto) y a la familia que, generalmente le da una connotación especial al arribo de un nuevo miembro.

Gráfico 4. Ingresados en el hogar según edad y sexo. Municipio Playa 2000-2005



Las primeras causas de ingreso fueron las enfermedades del sistema respiratorio con 273 enfermos para un 47,9%, las enfermedades del sistema cardiovascular 104 (18.2 %) y el embarazo de riesgo con 87 mujeres para un 16.3%.

Se relacionan con las principales causas de atenciones médicas corroboradas con datos estadísticos, donde se reporta que las enfermedades del sistema respiratorio son las principales causas por la que acuden las personas a los servicios de los policlínicos y consultorios médicos, seguidas de las enfermedades cardiovasculares. <sup>118</sup>

Al describir las principales causas por grupos de edad, se distingue que 156 (57,1%) de los ingresados por enfermedades del sistema respiratorio eran menores de 18 años. Tabla 5

Los diagnósticos planteados dentro de las infecciones respiratorias fueron: faringoamigdalitis aguda en 129 (82.6%) pacientes, neumonía 17 (10.8%) y con catarro común 10 (0.64%).

Tabla 5. Causas de ingreso en el hogar, según la edad de los pacientes.  
Municipio Playa 2000-2005.

CAUSAS DE INGRESO	- 1ª	1-11a	12- 18a	19 – 39a	40 – 59a	60 y +	Total	%
Enfermedades del sistema respiratorio	68	53	35	11	30	76	273	47.9
Enfermedades del sistema cardiovascular	0	0	0	6	17	81	104	18.2
Embarazos de riesgo.	0	0	0	86	1	0	87	16.3
Enfermedades del sistema urinario	4	18	10	2	7	5	46	8
Egreso hospitalario precoz.	0	0	2	1	2	13	18	3.1
Enfermedades del sistema digestivo	7	2	8	0	0	1	18	3.1
Estadio terminal	0	0	0	0	0	12	12	2.1
Otras.	2	2	2	0	2	3	11	1.9
Total	81	75	57	106	59	191	569	100

Los adultos con enfermedades respiratorias presentaron como diagnósticos los siguientes: neumonía 80 (73,3%), bronconeumonía 28 (25,6%) y por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 9 (1.1%)

Las enfermedades cardiovasculares fueron la segunda causa de ingreso en los adultos, los diagnósticos fueron: hipertensión arterial 70 (67.3%), cardiopatías isquémicas 32 (30,7 %) y enfermos con trastornos del ritmo cardíaco 2 (3%)

Estudios publicados han demostrado que pacientes con enfermedades vasculares, ictus cerebrales y otras enfermedades agudas con tratamiento en el domicilio

evolucionaron de manera favorable, sin necesidad de hospitalización en el nivel secundario, evidenciando los beneficios en términos de salud que pueden obtener los enfermos si reciben una atención apropiada en su hogar, además del ahorro en gastos al sistema sanitario al reducir el número de ingresados en las salas de los hospitales.<sup>16,113,119</sup>

Las causas por la que se ingresaron las embarazadas fueron: amenaza de parto pre-término 44 (50.6%), bajo peso materno 24 (27.6%) y amenaza de aborto 19 (21.8 %), éstas coinciden con los resultados de otros trabajos, donde se demuestra que las mujeres embarazadas con estado de salud estable y adecuadas condiciones en el hogar, son ingresadas en el hogar.<sup>19,20,115</sup>

Con enfermedades del sistema urinario se ingresaron 46 enfermos (8%), más niños que adultos. Los diagnósticos principales fueron niños portadores de síndrome nefrítico con infecciones bacterianas y pielonefritis aguda. Pudiera resultar contradictorio que la infección de las vías urinarias no es causa frecuente de ingreso sin embargo y si de atenciones médicas.

Por experiencia como médico de la familia, los pacientes con estos diagnósticos no necesitan de un ingreso en el hogar, en la mayoría de los casos con atención ambulatoria pueden resolver de manera satisfactoria, generalmente, se ingresan las personas con otras condiciones como son: el embarazo, portadores de otras enfermedades crónicas renales y metabólicas como los diabéticos.

Los enfermos egresados de los hospitales para continuar tratamiento en condición de ingresados en el hogar, fueron 18 (3,1 %). Los diagnósticos estuvieron relacionados con: cirugía abdominal por mínimo acceso 11 casos (61,1 %) y cirugía por apendicitis aguda 7 (38.9%).

Se ingresaron por enfermedades del sistema digestivo 18 (3.1 %) de los cuales 17 (94.4%) eran niños y un adulto con hepatitis viral. Los niños presentaron como problemas de salud diarreas agudas de causa viral 10 (58.8%), de causa parasitaria seis (35,2%) y un paciente con hepatitis viral.

Del total de los ingresados 12 (2.1%), pacientes estaban en estado terminal de su enfermedad, todos mayores de 60 años; tenían neoplasias diez (83.3%) y con enfermedad cerebro vascular dos (16.6%).

La enfermedad terminal, es una condición patológica cuya evolución es hacia la muerte a no largo plazo, como consecuencia directa de una enfermedad que generalmente, es maligna (cáncer), en la actualidad es un problema de salud con tendencia a aumentar en Cuba y el mundo.

Los componentes claves del tratamiento en el domicilio para los pacientes con enfermedad terminal son el de contar con un equipo coordinado que administre los cuidados y una familia interesada por cumplir el tratamiento indicado. Procurando que la atención esté encaminada a la preservar la calidad de vida, satisfacer las necesidades así como el de brindar apoyo emocional necesario para el paciente y sus familiares. Está demostrado que el ambiente familiar propicia mejor efecto psicológico al final de la vida.<sup>45,55,57</sup>

Los equipos de salud de los consultorios, tienen la responsabilidad de interactuar con las familias, explicar los cuidados que debe llevar cada enfermo y de manera particular en aquellas que tienen un paciente en estado terminal, explicar con claridad, ética y gran humanismo los cuidados y como enfrentar el duelo.

El promedio de días ingresados por paciente fue de nueve, las embarazadas y los pacientes en estado terminal estuvieron más tiempo que el resto de los pacientes.

Las causas de menor estadía fueron el egreso precoz hospitalario.

Los resultados permiten ilustrar los días evitados de estadía en el hospital, los que pudieran influir en los gastos del sistema, con disminución de recursos en la atención secundaria y medicamentos en la red hospitalaria. Estudios realizados, han demostrado que las familias refieren tener menos gastos cuando los enfermos están en los hogares, que cuando son ingresados en el hospital, considerando este aspecto como beneficioso para preferir el ingreso en el hogar. <sup>20, 21,22.</sup>

## **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LOS DATOS DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO.**

### Resultados de la evaluación de la calidad científico técnica.

Fue posible tener la información de todos los pacientes, por la disponibilidad de todas las historias clínicas individuales y familiares de los pacientes. Aspecto éste que difiere de otros estudios realizados por la propia autora, que presentó dificultades con la disponibilidad de las historias a nivel de los consultorios, limitando así los resultados de otras investigaciones. <sup>72,102</sup>

### Evaluación de los criterios de estructura.

Los criterios de estructura evaluados demostraron calidad aceptable en relación a las condiciones en los hogares de los pacientes así como las características de las familias en función de su armonía y bienestar. Aspectos éstos de extraordinario valor para el ingreso en el hogar. Tabla 6.

Tabla 6. Resultados de la evaluación de la calidad según los datos de estructura.

Municipio Playa. 2000-2005

Criterios.	Índice	%	Estándar	Calidad
1. Condiciones higiénicas del hogar.	542	95.2	≥ 90%	Aceptable
2. Condiciones socioeconómicas de la familia.	542	95.2	≥ 90%	Aceptable
3. Característica de la familia.	538	94.5	≥ 90%	Aceptable
4. Disponibilidad de medicamentos. n=173	170	98.2	≥90%	Aceptable
5. Disponibilidad de material gastable. n=168	47	27.9	≥90%	<b>No aceptable</b>

Los datos obtenidos por las historias clínicas familiares, se corroboraron por la opinión de pacientes y familiares y se determinó que más del 90 % refirieron higiene adecuada, posibilidad de asumir la compra de los medicamentos, alimentos u otros gastos además de la existencia de armonía, bienestar y tranquilidad en sus hogares para la recuperación de su salud.

Estos aspectos también son valorados por las unidades de hospitalización a domicilio en otros países, porque las condiciones del medio familiar influyen en la evolución de los pacientes.<sup>23, 29,39</sup>

El criterio de disponibilidad de medicamentos fue evaluado de calidad aceptable, porque de los 173 enfermos con indicaciones 170 (98.9 %) los adquirió sin dificultad en la red de farmacia del área de salud o a nivel del policlínico.

Este resultado se corresponde por la prioridad que a partir del año 1996 el MINSAP le brindó al ingreso en el hogar, destinando un grupo de medicamentos que incluía antibióticos, antipiréticos, analgésicos, cardiotónicos entre otros.<sup>18</sup>

La disponibilidad del material gastable o de cura, fue el único criterio que se evaluó de calidad no aceptable, de los 168 enfermos que necesitaron este material solamente 47 (27.6%) lo pudieron adquirir.

Es preciso argumentar que a partir de la década de los 90, el aseguramiento de insumos sanitarios a la red de instituciones de salud, estuvo afectada por la situación económica del país provocado por el recrudecimiento del Bloqueo el gobierno de los Estados Unidos a Cuba aspecto que continúa afectando a la población.

El cumplimiento de criterios de estructura, no asegura obligatoriamente buena atención, algunos investigadores plantean que el aumento de recursos no garantiza siempre una mejor calidad de atención, ni la disponibilidad de más fármacos significa un mejor tratamiento, si el personal encargado no sabe prescribir o no solicita a tiempo lo que necesita.<sup>5,6,120</sup>

#### Criterios de proceso.

De los criterios de proceso solamente uno fue evaluado de calidad aceptable. La diferencia mayor entre el índice y el estándar, estuvo en los relacionados con el interrogatorio y examen físico. Tabla 7.

Según las historias clínicas evaluadas, el médico interrogó adecuadamente a 217 pacientes (40,5 %), es decir, que el profesional dejó elementos relacionados con los antecedentes del enfermo y los síntomas sin precisar en más de la mitad de los atendidos, evidenciando no aplicación adecuada del método científico de actuación.

Tabla 7. Resultados de la evaluación de la calidad según los datos de proceso.  
Municipio Playa. 2000-2005

<b>Criterios</b>	<b>Índice</b>	<b>%</b>	<b>Estándar</b>	<b>Calidad</b>
1. Interrogatorio.	217	40.5	≥95%	<b>No aceptable</b>
2. Exámenes físico.	209	39.9	≥95%	<b>No aceptable</b>
3. Diagnóstico.	525	92.2	≥95%	<b>No aceptable</b>
4. Complementarios. n=162	145	89.5	≥90%	<b>No aceptable</b>
5. Indicación de conducta general	498	87.5	≥90%	<b>No aceptable</b>
6. Conducta medicamentosa. n=173	156	90.1	≥95%	<b>No aceptable</b>
7. Paciente con seguimiento diario	542	95.2	≥95%	Aceptable

El interrogatorio inicia la comunicación entre el médico y el enfermo, cuando se hace bien, brinda confianza y seguridad, entraña un factor psicológico que casi siempre incide sobre la evolución del enfermo.

Es una etapa importante de la relación médico paciente, constituye uno de los aspectos más difíciles de la historia clínica y para realizarlo con calidad, se requiere de tiempo, capacidad y dedicación. Inicialmente el paciente debe expresar libremente su sintomatología, en una segunda parte le corresponde al médico, precisar las características de cada síntoma y ordenarlos cronológicamente.<sup>121, 122</sup>

Autores como el Dr. Selman-Housein<sup>82</sup> y Dr. Moreno MA<sup>83</sup>, expresan que cuando el médico realiza un interrogatorio adecuado, llegar al diagnóstico de certeza es de alrededor del 90% y con ello al tratamiento necesario para lograr una adecuada atención.

El propio profesor Dr. Moreno MA<sup>83</sup> ha publicado resultados de estudios, que evidencian errores cometidos por médicos residentes y estudiantes de medicina al realizar el interrogatorio, en un 15 % de los enfermos atendidos. Las principales deficiencias descritas son: interrupción de la entrevista al enfermo por causas ajenas, como llamadas telefónicas y no ordenamiento cronológico de los síntomas. Si bien el interrogatorio resulta la etapa que requiere mayor tiempo y dedicación, el examen físico resulta de suma importancia para llegar al diagnóstico de certeza y la conducta adecuada del paciente. Debe tener un orden, realizarse siempre en privacidad, respetando el pudor del enfermo y por supuesto, dedicar mayor tiempo a los sistemas del organismo afectado, sin dejar de examinar el resto.

Los resultados del criterio referente al examen físico, tuvieron un comportamiento similar al del interrogatorio. Se examinaron 209 pacientes (39.9 %), quedando más de la mitad sin un examen adecuado. Este aspecto a nuestro juicio es trascendental para lograr una atención de calidad, porque si el médico no examina adecuadamente al paciente no puede llegar a un diagnóstico de certeza y el resultado de la atención puede conducir a riesgos importantes para la vida de las personas.

Se detectaron como errores principales los siguientes: no descripción de la frecuencia respiratoria, ausencia de la tensión arterial, no examen del sistema nervioso y urinario en más del 65 % de los ingresados.

En el caso de las embarazadas, los criterios de proceso fueron evaluados de calidad aceptable en 85 (97.7%) ingresadas, lo cual, evidencia que el médico realiza con mayor énfasis los aspectos que más le evalúan y los que tienen mayor nivel de prioridad por parte de la institución de salud.

La atención a las embarazadas es un proceso que mantiene un estrecho control, por parte, de los grupos básicos de trabajos y el resto de los niveles de dirección por la importancia del indicador de mortalidad materna e infantil.

El médico debe integrar los datos del interrogatorio y el examen físico, los cuales pueden confirmarse por ciertos complementarios para plantear el diagnóstico del paciente, es un acto científico, donde se requiere habilidad, precisión y conocimientos, porque en dependencia de ese planteamiento, será la conducta que debe tomar el profesional con el enfermo; por tanto, influye en última instancia en el resultado final en términos de salud y satisfacción de los usuarios de la atención.

Se determinó, que se planteó el diagnóstico a 525 ingresados (92,2%), el criterio fue evaluado de calidad no aceptable, sin embargo, cuando se compara con los criterios de interrogatorio y examen físico, éste estuvo menos alejado del nivel óptimo de aplicación o estándar. Estos resultados conllevan a plantear una interrogante: ¿Cómo el médico llegó al diagnóstico en más del 90% de los ingresados, si únicamente interrogó y examinó alrededor del 40%?

Ante tal pregunta, se pudiera esbozar que el principal error estuvo en la deficiente confección de la historia clínica; porque pensar en una curación espontánea es poco probable teniendo en cuenta los diagnósticos de los enfermos, además los enfermos en sus entrevistas no refirieron haber tenido necesidad de acudir a otro profesional y reconocieron que recibieron adecuada atención de su médico.

Estudios publicados demuestran que las atenciones que se realizan por los equipos de salud de la atención primaria tienen deficiencias con los datos de examen físico, dado por la realización inadecuada de las historias clínicas, que no

siempre tienen un formato uniforme, además carecen de un sistema de control específico para cada atención o proceso.<sup>123, 124</sup>

En relación a los complementarios, les fueron indicados a 162 ingresados (28,4%). De ellos; 56 niños y 106 adultos. Los más indicados fueron: química sanguínea y estudios radiológicos. El criterio fue evaluado de calidad no aceptable, porque eran adecuados en 145 ingresados (89,5%)

Para poder evaluar en toda su dimensión este criterio, se revisaron los aspectos teóricos en el libro básico de Medicina General Integral y de Medicina Interna así como la consulta a profesores de los grupos básico de trabajo.

La indicación de exámenes complementarios es parte del método clínico, durante muchos años llegar al diagnóstico y tomar la conducta era mediante el interrogatorio y el examen físico; sin embargo, desde que surgió el laboratorio quedó integrado a la práctica asistencial. No todos los pacientes necesitan de éstos; pero existen determinados casos en que la enfermedad y las características individuales de su desarrollo, requieren de los mismos. También éstos permiten estratificar la enfermedad, evaluar su magnitud y las posibles complicaciones.

La conducta ante un paciente, es otro elemento del método clínico, ésta debe realizarse después de haber identificado la enfermedad y entraña un paso trascendental para la recuperación del paciente, incluye: medidas generales y tratamientos medicamentosos.

En el trabajo se identificó que a 498 ingresados (87,5 %) se les realizó indicaciones generales, evaluando este aspecto como no aceptable; aunque el valor real se desvió ligeramente del estándar que fue de 90 %

El tratamiento medicamentoso se indicó a 173 ingresados (30.4%). Los principales fármacos utilizados fueron: antibióticos, broncodilatadores, antihistamínicos y cardiotónicos, que estuvieron en correspondencia con las principales causas del ingreso.

De los tratamientos médicos indicados, se describió en la historia, la dosificación, frecuencia y tiempo de tratamiento en 156 enfermos (90,1 %), alcanzando la evaluación de calidad no aceptable.

Para indicar un tratamiento, el médico debe poseer habilidades y conocimientos científicos sobre el problema de salud a tratar, valorar las características del paciente y la disponibilidad de medicamentos para no incurrir en errores que afecten la vida de los enfermos ni su satisfacción.

Decidir la conducta ante un paciente es un acto de extraordinaria trascendencia para el enfermo y entraña una elevada responsabilidad para el médico, es necesario conocer la política sanitaria de cada país, los tratamientos establecidos para las enfermedades según normas, guías prácticas, libros de textos y artículos de actualización. Los medicamentos deben ser indicados por dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento, evitando la interferencia y reacciones secundarias.

El seguimiento a los enfermos, es tan antiguo como el ejercicio de la medicina, antes de la existencia de los hospitales los médicos visitaban a sus pacientes en los hogares. Con el surgimiento de los hospitales, las visitas a los enfermos en sus hogares fue disminuyendo o adquiriendo una connotación comercial donde el acceso a este servicio era exclusivo para los que podían pagar a un médico de cabecera o de familia.<sup>125</sup>

En Cuba, después del año 1959 la visita a los hogares cambió de manera radical se convirtió en parte de las acciones de los programas de salud, de los deberes de los trabajadores de la salud y de manera particular de los que laboran en la APS. En el año 1974 se creó el Programa de Médicos a Domicilio, que daba una amplia cobertura asistencial a las personas de cualquier edad en sus hogares, posteriormente con la creación en 1984 del Modelo del Médico y Enfermera de la Familia, la visita médica al hogar cobró una dimensión mayor, el equipo de salud es el responsable de visitar no sólo a los enfermos, sino a toda la población para garantizar una atención medica integral.

La visita al hogar, permite al médico obtener mucha información sobre la familia y su funcionamiento, que no puede lograrse en el ambiente del consultorio. Trabajos publicados en estudios de Cuba y Chile, plantean no normar la visita a los enfermos en sus hogares, ésta estaría en dependencia del momento del diagnóstico de la enfermedad, la supervivencia y la actitud de los prestadores. <sup>122,</sup>

126

En la investigación se determinó, que se visitaron de manera diaria por parte de algún miembro del equipo de salud a 542 ingresados (95,2 %), para una evaluación del criterio de calidad aceptable. Este dato fue corroborado por la opinión de los usuarios, en las entrevistas realizadas 547 sujetos (96 %) expresaron haber recibido visita diaria por algún miembro del equipo de su consultorio.

Pudiera parecer contradictorio, que el criterio de visita en el hogar que demanda de esfuerzos del equipo de salud, fue el único criterio evaluado de calidad aceptable de los datos de proceso.

A nuestra consideración, el resultado anterior se relaciona con el sistema de control establecido, el cual, es fundamentalmente por los registros de la hoja de cargo y no por evaluaciones de aspectos técnicos.

En la actualidad los policlínicos cuentan con su reglamento, que instituye un grupo de control de la calidad, la metodología que se elaboró y aplicó podrá ser una herramienta para ese grupo y conseguirá estimular a los profesionales para realizar otras investigaciones que les permita evaluar diferentes servicios.

La visita a los ingresados en su hogar, en muchos países, sobre todo en España es realizada por las enfermeras, preservando al médico en dependencia de la evolución del enfermo. Los cuidados de enfermería tienen una especial importancia, sobre todo en enfermos en fase terminal.<sup>25, 27,28,</sup>

En nuestro país, también las enfermeras asumen gran parte de las acciones a los pacientes ingresados en el hogar, sin embargo, en las indicaciones del MINSAP del año 1996, se establece que la visita diaria debe ser realizada por el médico. En los criterios elaborados se modifica lo dispuesto anteriormente y plantea el seguimiento por cualquiera de los miembros del equipo de salud como criterio de calidad.

#### Criterios de resultado.

La evolución del enfermo es el resultado final de toda atención sanitaria y debe corresponderse con las acciones que realizó el médico durante la atención. Del total de los ingresados, evolucionaron hacia la curación o recuperación de la salud, 551(96.8%) para una evaluación de calidad aceptable. Se complicaron 15

(2.6%) de los cuales no falleció ninguno y murieron tres enfermos, estos últimos estaban en estado terminal de su enfermedad. Tabla 8.

Tabla 8. Resultados de la evaluación de la calidad en relación a la evolución de los enfermos y su satisfacción. Municipio Playa. 2000-2005

<b>Criterios</b>	<b>Índice</b>	<b>%</b>	<b>Estándar</b>	<b>Calidad.</b>
1. Evolución del paciente a la curación o mejoría.	551	96.8	≥95%	Aceptable
2. Satisfacción de los usuarios.	551	96.8	≥80%	Aceptable

De los complicados, 14 fueron adultos y un niño. Las causas de las complicaciones de los primeros estuvieron en relación con la enfermedad de base, que fueron: seis con angina de pecho, cinco con complicaciones en las heridas de cirugías abdominales y dos con neumonía que se complicaron con derrame pleural. Todos los enfermos complicados se remitieron al Hospital Joaquín Albarrán, regresaron a sus hogares recuperados.

El niño que se complicó, tenía el diagnóstico de Glomerulonefritis con sepsis urinaria, el cual fue remitido al Hospital Juan M. Márquez, porque no mejoraba al tratamiento por vía oral y fue necesaria la indicación de medicamentos por vía intramuscular. Este paciente regresó a su hogar mejorado, con seguimiento por su médico de la familia de manera ambulatoria.

Cuando relacionamos los criterios de resultados con los de estructura y proceso, podemos considerar que la no disponibilidad del material de cura, no influyó en la evolución final de los pacientes, porque estos mayoritariamente se curaron con

satisfacción y las complicaciones no estuvieron en relación al déficit de los insumos.

No se puede descartar que las familias adquirieran el material por otra vía como pudo ser: la de los vecinos, familiares, amigos, en instituciones de otro nivel de atención (hospitales e institutos), por la compra en la red de farmacia internacional o el envío de otros países, aspectos no indagados en la investigación.

Sin embargo que este aspecto no repercutiera no impide recomendar a las instituciones la atención este problema, porque ellas son las encargadas de garantizar los insumos; aunque la familia busque alternativas para el cumplimiento de las atenciones médicas. El Sistema de Salud como sistema proveedor fundamental debe garantizarlos, en su defecto, los prestadores deben tener mayor cuidado en las indicaciones de material o medicamentos no disponibles, porque pueden poner en riesgo la vida del enfermo y generar insatisfacciones.

La evolución del paciente no estuvo en correspondencia, con la atención médica que recibieron los ingresados según los criterios evaluados de proceso; como ya se expresó los médicos no atendieron adecuada al interrogatorio ni al examen físico, sin embargo, los enfermos se curaron y además estuvieron satisfechos en su mayoría (más del 95 %)

Entonces nos preguntarías: ¿El enfermo se recuperó por evolución natural de su enfermedad?, ¿Buscaron atención en otros profesionales?, las evidencias de diagnósticos planteados y las encuestas a los usuarios no dan respuestas a las interrogantes anteriores. Aunque ninguno de los aspectos mencionados se indagó de manera directa.

Entonces pudieras plantearse como posible explicación ¿El médico no escribió en

la historia clínica todas las acciones que realizó al enfermo?, pero ¿Por qué?

A nuestra consideración, la causa más probable es la confección adecuada de la historia, aspecto este descrito por otros autores como anteriormente se expresó, y las causas pudieran estar relacionadas por: el número de pacientes por consulta o servicio, déficit de recursos materiales para su confección (papel, bolígrafos, entre otros), factor tiempo para dedicar a la atención de cada enfermo, falta de exigencia y problema de actitud de los prestadores.

Aunque los aspectos antes mencionados no fueron evaluados en la investigación, consideramos que los aspectos de exigencia y actitud prevalecen sobre el resto. A nuestro juicio para contrarrestar las observaciones anteriores, se debe continuar trabajando en los aspectos siguientes:

1. Continuar perfeccionando la formación de los profesionales de las ciencias de la salud, enfatizando en el método científico de actuación.
2. Desarrollar investigaciones que conlleven a que los directivos de las instituciones de salud, utilicen la información de las historias clínicas y que de esta manera detecten los problemas y realicen control sistemático sobre este aspecto.
3. Que los comité de calidad de las instituciones de salud, establezcan un programa de control sistemático a los documentos que son normados, necesarios y vitales para los enfermos y el sistema de salud, entre los que está la historia clínica.

#### Evaluación de la satisfacción de los usuarios y prestadores.

La opinión de los usuarios sobre las atenciones recibidas, constituye una estrategia de las instituciones asistenciales para evaluar la calidad a la atención,

para lo cual, se han empleado varias propuestas, la más común ha sido el uso de entrevistas aplicadas directamente.<sup>127, 128,</sup>

Se entrevistaron el 100% de los usuarios, de los cuales 367(64,4%) fueron enfermos y 202(35,6%) familiares. De estos últimos, 139 madres de ingresados menores de 15 años y 63 acompañantes de adultos con dificultades para la comunicación.

Se comprobó que 551 (96.8 %) de los usuarios expresaron satisfacción con la atención recibida, los resultados obtenidos coinciden con otros trabajos publicados, donde los enfermos atendidos en sus hogares se sienten satisfechos con la atención recibida por los equipos de la APS, prefiriendo recuperarse de su enfermedad en sus viviendas al internamiento en el hospital.<sup>102,129, 130</sup>

Entre los elementos positivos o beneficiosos que argumentaron los entrevistados están los siguientes:

- 1 Mayor comodidad para los enfermos y familiares, con más participación de los vecinos y familiares en el cuidado a los enfermos.
- 2 Los familiares de los ingresados que trabajaban percibieron que el tiempo del ingreso no influyó en la pérdida de días laborables, porque entre todos los familiares y vecinos se garantizó el cuidado de los enfermos.
- 3 Los enfermos ancianos o sus familiares, refirieron que se sintieron más cómodos en sus casas, que si hubieran estado ingresados en los hospitales, aún en aquellos casos que estaban en estado terminal de su enfermedad.
- 4 Percibieron preocupación diaria por parte del médico de la familia o la enfermera durante el ingreso y expresaron que recibieron buena atención asistencial.

De los entrevistados, 53 (9.3 %) expresaron que habían tenido ingreso hospitalario recientemente (menos de un año) y enunciaron lo siguiente: las condiciones de higiene y alimentación que tenían en el hogar eran superiores a las que habían recibido en el hospital, la atención médica recibida por parte de los médicos y enfermeras de la familia era similar a la brindada por el personal del hospital, habían percibido más apoyo de otros familiares y amigos durante este ingreso en el hogar y menos gastos en relación a los que habían incurrido durante el ingreso en el hospital por transportación y alimentación adicional para el enfermo y acompañante.

Se sintieron insatisfechos 18 (3.2%) usuarios, los argumentos estuvieron en relación con los aspectos siguientes:

- 1 Dificultades en la realización de exámenes complementarios, porque no tenían prioridad en el momento de realizar éstos en el policlínico.
- 2 Dificultad en el acceso al material de cura indicado a los pacientes.

Como se aprecia, los resultados de la satisfacción no estuvieron en relación con la calidad científica técnica de la atención recibida, según se refleja por los criterios de proceso.

La satisfacción de los usuarios mide expectativas con el servicio o atención y no siempre es coincidente con la calidad científico técnica porque muchas veces los enfermos y sus familias carecen del conocimiento científico para valorar todos los aspectos de la atención médica.

Por los aspectos antes mencionados es que muchos autores y estudiosos de la calidad asistencial, plantean que la satisfacción como dimensión de la calidad es

de gran valor; pero no es conveniente evaluarla sin la valoración técnica de la atención, porque limitaría los resultados y conllevaría a medidas incompletas.<sup>131,132</sup>

Satisfacción de los prestadores.

Tabla 9. Resultados de la evaluación de la satisfacción de los médicos. Municipio Playa. 2000-2005

<b>Criterios</b>	<b>Índice</b>	<b>%</b>	<b>Estándar</b>	<b>Calidad</b>
3.1. Utilidad y beneficios del ingreso en el hogar	75	97.4	≥80%	Aceptable
3.2. Capacitación para realizar el ingreso en el hogar	74	96.1	≥80%	Aceptable
3.3. Satisfacción con las acciones que realiza	19	24.6	≥80%	<b>No aceptable</b>

Como se describe en la tabla 9, más del 95 % de los médicos expresaron que la atención del enfermo en el hogar era útil y beneficiosa para la población y tenían los conocimientos para realizarla, sin embargo, el 75.4 % se sintieron insatisfechos realizando la labor en los consultorios, entre las que está el ingreso en el hogar. Este resultado es similar a otros estudios publicados sobre el tema.<sup>133</sup>

La satisfacción del personal sanitario, es considerada parte esencial de la calidad asistencial y es ampliamente utilizada en instituciones hospitalarias, también es un tema polémico, porque algunos autores plantean que las expectativas de los profesionales pueden estar condicionadas por factores internos y externos, muchas veces no identificados y no siempre se relacionan con la atención que realizan.<sup>134</sup>

Según los resultados ya expuestos, consideramos que los resultados de la satisfacción de los médicos, pudo influir en los resultados de los criterios de proceso anteriormente discutido, porque en la medida que el personal esté satisfecho mejor atención brindará. Es decir la satisfacción puede condicionar actitudes positivas o negativas, que repercutirán de manera directa en las atenciones que se brinde a la población ya sean enfermos o no.

Tabla 10. Causas de insatisfacción de los médicos. Municipio Playa 2000-2005

<b>Causas de las insatisfacciones de los médicos.</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Exceso de trabajo burocrático en el consultorio.	56	96.5
Falta de recursos sanitarios para realizar la atención.	57	98.2
Malas condiciones de trabajo en el consultorio.	57	98.2
Falta de apoyo del grupo básico de trabajo.	48	82.7
No les gustaba ser especialistas en Medicina General Integral.	23	39.6

n= 58

Como se expresa en la tabla 10, las causas de insatisfacciones estuvieron relacionadas fundamentalmente con problemas de recursos para trabajar, aspecto que puede ser modificado con cambios en la organización en función de los usuarios ya sean externos e internos.

La satisfacción de las enfermeras tuvo un comportamiento diferente a la de los médicos, como se expresa en la tabla 11.

Tabla 11. Resultados de la evaluación de la satisfacción de las enfermeras. Municipio Playa. 200-2005

<b>Criterios</b>	<b>Índice</b>	<b>%</b>	<b>Estándar</b>	<b>Calidad</b>
4.1. Utilidad y beneficios	74	96.1	≥80%	Aceptable

del ingreso en el hogar				
4.2. Capacitación para realizar la atención en el hogar	73	94.8	≥80%	Aceptable
4.3. Satisfacción realizando la actividad en el hogar	72	93.5	≥80%	Aceptable

Cinco enfermeras estuvieron insatisfechas, argumentaron que presentaban dificultades con materiales para trabajar entre los que estaban: guantes, gasas y medicamentos para cura y tenían que llenar muchos papeles.

Otros trabajos han demostrado que el mayor porcentaje de insatisfacción laboral del personal de enfermería, lo presenta aquel con menor calificación (auxiliares y ayudantes de enfermería), mientras que los enfermeros profesionales (técnicos y universitarios) presentan un porcentaje de satisfacción de alrededor del 37,5%.<sup>135,</sup>

136

Atención que recibieron los ingresados en el hogar según los criterios evaluados de calidad aceptable.

De los 569 ingresados en el hogar, 203 pacientes (35.6%) recibieron una atención adecuada, al tener más del 80 % de los criterios evaluados de calidad aceptable, sin embargo, 366 para un 64.4 % recibieron una atención deficiente. Tabla 12

Tabla. 12. Atención que recibieron los ingresados según la evaluación de la calidad de los criterios. Municipio Playa 2000-2005

<b>Evaluación de la atención.</b>	<b>Pacientes</b>	<b>%</b>
Atención adecuada (calidad aceptable)	203	35.6
Atención deficiente (calidad no aceptable)	366	64.4

<b>Total.</b>	<b>569</b>	<b>100</b>
---------------	------------	------------

Los resultados anteriores, demuestran que en el Municipio Playa la atención a los ingresados en el hogar, es deficiente de manera global, interpretándose como que la organización no está en función de la salud de los usuarios para el caso específico de la atención que se evaluó.

Este indicador de la atención global se utiliza, generalmente, para comparar las atenciones en diferentes servicios o momentos; por tanto, los resultados de esta investigación podrá ser un punto de partida para comparaciones sucesivas.

Problemas de la atención según los criterios evaluados de calidad no aceptable.

1. No disponibilidad de material gastable, para todos los enfermos con indicación médica.
2. Los médicos realizaron una inadecuada atención a más del 60 % de los pacientes evaluados, al no aplicar el método clínico de manera correcta, destacándose de manera significativa los criterios de interrogatorio y examen físico.
3. Los médicos estuvieron insatisfechos por aspectos relacionados con insuficientes condiciones de trabajo, exceso de trabajo burocrático, falta de material sanitario para las atenciones, deficiente apoyo del grupo básico de trabajo e insatisfacción con la especialidad de Medicina General Integral.

### **Conclusiones del capítulo.**

1. Los resultados en la evaluación de la calidad científico técnica de los ingresados en el hogar, demostró que los criterios que más se alejaron de los estándares fueron los de proceso, evidenciando problemas en la aplicación del método clínico como método científico de actuación.
2. Los resultados en la evaluación de la satisfacción, demostraron que los usuarios (enfermos y familiares) se sintieron mayoritariamente satisfechos con la atención recibida, expresando los beneficios de estar en sus casas en comparación con el ingreso en el hospital.
3. Las enfermeras en su mayoría, consideraron que la atención en el hogar es útil y beneficiosa, además estaban capacitada para realizarla y satisfechas con la labor que realizaban.
4. Los médicos a diferencia de las enfermeras se sintieron mayoritariamente insatisfechos con la labor que realizan alegando problemas de recursos, exceso de trabajo entre otros aspectos, sin embargo, consideran de manera positiva que estaban capacitados para realizar la atención y que ésta era útil y beneficiosa para la población.
5. El Municipio Playa, no está en función del ingreso en el hogar, porque, más de la mitad de los evaluados no alcanzaron el estándar de buena atención.

## **CONCLUSIONES.**

1. Se elaboró y aplicó una metodología para evaluar la calidad científico técnica de la atención a los ingresados en el hogar así como la satisfacción de usuarios y prestadores, la cual, está respaldada por argumentos teóricos y metodológicos.
2. La aplicación de la metodología, permitió detectar los principales problemas que afectaban la atención de los ingresados en el hogar en el Municipio Playa.

3. Se comprobó que es factible emplear la metodología en el contexto de los servicios de La Atención Primaria de Salud, considerada en la actualidad, como la solución contemporánea más efectiva, factible y racional de los Sistemas de Salud.

### **RECOMENDACIONES.**

1. Someter a la consideración de las autoridades sanitarias del país, de conjunto con las académicas e investigativas, los resultados de este trabajo; con el objetivo de promover su desarrollo, valorar y regular su implementación, de así ser considerado.
2. Promover con la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, investigaciones que permitan evaluar la calidad asistencial en los escenarios docentes del nivel primario de salud, por su repercusión en la

formación técnica y humanística de los egresados de las carreras en las ciencias de la salud, lo cual redundaría en atenciones de calidad.

3. Fomentar investigaciones de evaluación de la calidad, que permitan medir la actuación de las enfermeras que brindan la atención a los ingresados en el hogar, lo cual, completaría la metodología desarrollada.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

<sup>1</sup> Agra Y. Manual de Garantía de Calidad en Atención Primaria. Madrid. España. Ediciones SG. 1994. Pág. 14-56

<sup>2</sup>

Aranaz JM. La calidad asistencial: una necesidad en la práctica clínica. Gestión sanitaria y asistencia neurológica. Barcelona, España. Editorial Barcelona. 1994. Pág. 12-60

<sup>3</sup> Jiménez L. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Revista Cubana de Salud Pública. 1996;22(1):37-43

<sup>4</sup> Nutting, P A. Métodos de evaluación de calidad en la atención primaria. Guía para clínicos. Barcelona. Ediciones SG. 1991. Pág. 11-40

<sup>5</sup> Vuori V. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y Metodología. Editorial Masson, S.A. España.1989. Pág. 20-46

<sup>6</sup> Donabedian A. Explorations in quality assesment and monitoring. Health administration press. Definition of quality and approaches of its assesment. Evaluación de procesos y resultados, calidad de la atención de salud, control de la calidad. Editorial Michigan. 1980. Pág. 14-28

<sup>7</sup> Navarro JB. El reto de evaluar la atención primaria de salud: calidad asistencial y hospitalizaciones evitables. Revista de calidad asistencial. Universidad de La Rioja. España 2006;21(4):176-177

<sup>8</sup> Nebot I C. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. Revista Atención Primaria. España. 2005;35(6):290-294

<sup>9</sup> Zamora J. Indicadores de calidad en los centros socio-sanitarios del grupo Capiro Sanidad. Gerokomos. España. 2007;18(1):5-7

<sup>10</sup> Ruiz A. Calidad en la formación continuada de los profesionales sanitarios: necesidad y reto. Revista de calidad asistencial. Universidad de La Rioja. España .2006;21(3):117-119

<sup>11</sup> Delgado G. Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Cuba. Revista Cubana Salud Pública. 2005;31(2). Artículo disponible en url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-)

346620050002&lng=es&nrm=iso

<sup>12</sup> Rojas F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984\* Revista Cubana Salud Pública. 2005;31(2). Artículo disponible en url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

<sup>13</sup> Sansó F. Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. Revista Cubana Salud Pública. 2005;31(2). Artículo disponible en url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

<sup>14</sup> Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. La Habana. Cuba. Editorial Ciencias Médicas. 1988. Pág. 17

<sup>15</sup> Naranjo JA. Aspectos Metodológicos del ingreso en el hogar. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2000;16(6):606-608

<sup>16</sup> Vera CR. Ictus Cerebral e ingreso en el hogar. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2000;17(5):321-325

<sup>17</sup> Rodríguez A. El trabajo en equipo en consultorios médicos compartidos: opción a desarrollar en la atención primaria. Revista Cubana Higiene y Epidemiología. 2006;44(1). Artículo disponible en url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032006000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032006000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

<sup>18</sup> Ministerio de Salud Pública. Manual de Medicina Familiar. 1996. Pág. 21

<sup>19</sup> Colón L. Repercusión del Ingreso en el Hogar. Consultorio No. 14 de Mayarí Arriba. Holguín. Cuba. Revista cubana de Medicina General Integral. 2000;14(6): 600-604

<sup>20</sup> Márquez N. Costos y Beneficios del ingreso en el hogar, Policlínico Docente 26 de Julio. Revista Cubana de Medicina General Integral. 1998;14(5):445-449

<sup>21</sup> Barroso IM. El ingreso en el hogar y su costo directo en Cuba. Revista Panamericana Salud Pública. 2007;21(2-3):85-95

- <sup>22</sup> García A. Gastos asumidos por la familia durante el ingreso en el hogar. Revista Cubana Salud Pública. 2008;34(2). Artículo disponible en url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- <sup>23</sup> Bustamante N. La hospitalización a domicilio. Descripción y análisis del modelo de atención. Revista Electrónica Semestral de España. 2006;(1):14-16
- <sup>24</sup> López-Benito I. Hospitalización a Domicilio una alternativa a la hospitalización convencional. Revista Electrónica líneas del Futuro. Alicante España. 2005;1(1):4-6
- <sup>25</sup> Calle JE. Hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en la región de Murcia. **Revista de calidad asistencial**. Universidad de La Rioja. España. 2006;21(4):178-179
- <sup>26</sup> Angélica O. Breve Reseña de la Enfermería Domiciliaria: Una Perspectiva de la Atención Privada. Universidad de Concepción. Revista Ciencia y Enfermería de Chile. 2005;10(1):9-15
- <sup>27</sup> Steven H. A Key to the Future of Family Medicine? Ann. Fam. Med. España.2006;(4). Disponible en url: <http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.annfammed.org/>
- <sup>28</sup> Gofin J. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Pública. 2007; 21(2-3).
- <sup>29</sup> Gervas J. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista del médico de Atención Primaria. Rev. Esp. Salud Pública. 2007;81(1): 07-13.
- <sup>30</sup> Caminal J. The role of primaria care in preventing ambulatory care sensitive conditions. Eur J Public Health. 2004;14(3):246-251
- <sup>31</sup> Benavides-Caballero T. La evolución de la formación docente en el área de salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006;44 (2):10-14

- <sup>32</sup> República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Reglamento General de Policlínico. 2008. Pág. 2-4
- <sup>33</sup> República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Lineamientos Metodológicos para el desarrollo de las Estrategias y Programas Priorizados de la Salud en Cuba. 2000-2015. Tema Debatido en el VI Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud. Ciudad de la Habana. 2006 [Folleto]. Pág. 6
- <sup>34</sup> República de Cuba. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Indicaciones metodológicas para el proceso docente en la carrera de medicina para la enseñanza en los Policlínicos. Curso 2004-2005. [Folleto]. Pág. 5
- <sup>35</sup> Campillo R. El ingreso en el hogar y la municipalización de la enseñanza de la medicina. Revista Cubana Medicina General Integral. 2008;24(2). Artículo disponible en url: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24\\_2\\_08/mgisu208.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_2_08/mgisu208.htm)
- <sup>36</sup> Macinko J. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública. 2007;21(2):73-85
- <sup>37</sup> Organización Panamericana de la Salud. 44.<sup>o</sup> Consejo Directivo. Atención primaria de salud en la Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington. 2003. Disponible en url: <http://paho.org/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf>.
- <sup>38</sup> Márquez N. La cooperación internacionalista Cubana. Labor de la Brigada No. 4. Honduras, 1998-1999. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2000;16(3):291-4
- <sup>39</sup> Villamil I. Ingresos en HADO desde el Servicio de Urgencias. Ann. Med. Interna. Madrid. España.2008;25(1):8-10
- <sup>40</sup> Salazar R. Unidades de atención domiciliaría y el hospital de Día. Opciones costo efectividad y calidad en la prestación de salud. Revista Electrónica Semestral de España. 2006;2(2):24-28
- <sup>41</sup> Minardi R. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. Rev Panam Salud Pública. 2002; 11(4). Artículo disponible en url:<http://www.scielosp.org/scielo.php?>

script=sci\_arttext&pid=S1020-49892002000400007

<sup>42</sup> Escudero J M<sup>a</sup>. La hospitalización a domicilio en Pamplona y Comarca se pone en marcha con 10 "camas". 2006. Artículo disponible en url:

<http://www.diariodenavarra.es/20080927/navarra/>

<sup>43</sup> Pérez A. Hoskins I. Hacia una atención de Salud adaptada a las personas de edad. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(5-6):444-451

<sup>44</sup> Conner G. Cuba's HIV/AIDS Program: Controversy, Care and Cultural Shift. MEDICC Review. 2008;10(4):10-15

---

<sup>45</sup> Ortiz LH. Programa para el cuidado en el domicilio de pacientes con una enfermedad maligna sintomática. Revista Cáncer Nurse. 2005;18(5):368-373

<sup>46</sup> Marrades R.M. Hospitalización domiciliaria, ¿una nueva modalidad asistencial. Arch Bronconeumol. 2001;37:157-9. Artículo disponible en

url:[http://www.elsevier.es/bronco/ctl\\_servlet?\\_f=40&ident=12004497](http://www.elsevier.es/bronco/ctl_servlet?_f=40&ident=12004497)

<sup>47</sup> Ezkurra P. Alcance total en la certificación de procesos de una unidad de atención primaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Revista de calidad asistencial. Universidad de la Rioja. España.2006;21(5):271-276

<sup>48</sup> Rocafort J. Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. Revista de Aten Primaria. 2006;38(6):316-23.

---

<sup>49</sup> Alonso A. Comentario. ¿Deben contar los programas de cuidados paliativos con equipos de soporte en atención primaria?. Revista de Aten Primaria. 2006;38(6):323-4.

---

<sup>50</sup> **Morgado YL.** Comportamiento de las Orientaciones Metodológicas del Ingreso en el Hogar. Gaceta Médica Espirituana 2006; 8(2).

[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.\(2\)\\_04/p4.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.(2)_04/p4.html)

<sup>51</sup>

Gómez M.E. La nutrición parenteral domiciliaria: un interrogante en pediatría. Nutr. Hosp. Madrid. 2005;20 (4):254-8

- <sup>52</sup> Pasarín I. A. Aportaciones de la atención primaria de salud y la salud pública de la comunidad. Revista calidad asistencial. Universidad de La Rioja. España. 2007;40(3):245-247
- <sup>53</sup> Bouza HP. Costos, beneficios y satisfacción poblacional del ingreso domiciliario. Revista Mediacentro. Villa Clara. Cuba 2004;8(1):12-16
- <sup>54</sup> Pérez A. Efecto sobre el consumo de recursos hospitalarios de un programa de atención geriátrica domiciliaria en personas ancianas con patología cardiorrespiratoria. Revista Española de Salud Pública. 2001;75(6):5559-5567
- <sup>55</sup> Romero D. Caracterización de los pacientes terminales y su atención domiciliaria por parte de un equipo básico de salud. Revista Cubana Medicina General Integral. 2007;23(3). Artículo disponible en url:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252007000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- <sup>56</sup> Llibre JJ. Demencias y enfermedad de Alzheimer en la población cubana. Editorial Científico- Técnica, La Habana. Cuba. 2008.Pág. 18-22
- <sup>57</sup> Riu S. Atención al paciente con demencia avanzada en atención primaria. Revista calidad asistencial. España. Universidad de La Rioja. España 2007;40(3):222-226
- <sup>58</sup> Lama J. Enfermedad en estadio terminal: Un Reto para el Médico. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. España.2004;4(1): 32-37
- <sup>59</sup> Mía C. Evaluación del estado nutricional de los pacientes mayores atendidos en una unidad de hospitalización a domicilio. Revista de Nutrición Hospitalaria Española. 2003;18(1):6-14
- <sup>60</sup> Concepción T. Percepción y expectativas del paciente mayor en la atención especializada. Revista calidad asistencial. Universidad de La Rioja. España. 2007;23(1):149-152

- <sup>61</sup> Palacio F. Algunas predicciones sobre la calidad: ***el futuro que ya tenemos aquí.*** ***Revista de calidad asistencial.*** Universidad de La Rioja. España. 2006;21(5):225-227
- <sup>62</sup> Kerssens J. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. Bull World Health Organ. Ginebra. 2004;82(2):106-114
- <sup>63</sup> Mira JJ. La gestión de la mejora continua de la calidad: aplicaciones al sector sanitario. Revista de Calidad Asistencial. Universidad de La Rioja. España.2007;22(1):14-18
- <sup>64</sup> Ortún V. Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. Revista de calidad asistencial. Universidad de La Rioja. España.2007;22(1):43-45
- <sup>65</sup> Rodríguez JM. La calidad de la atención médica en embarazadas. Acta médica dominicana. Editorial Calidad de la Atención Médica. 2005;20(6):41-47
- <sup>66</sup> Díaz R. La calidad percibida en la sanidad pública. Revista de Calidad Asistencial. Universidad de La Rioja. España.2005;20(1):35-42
- <sup>67</sup> Zimmer MC. Evaluación de la calidad de la asistencia prestada a niños menores de 6 años en centros de salud en Salta-Capital (Argentina). ***Revista de calidad asistencial.*** Universidad de La Rioja. España. 2006;21(3):150-154
- <sup>68</sup> Roberts RG. Evaluación y mejora de la calidad asistencial: las personas no son coches. Revista de Calidad asistencial. Universidad de La Rioja. España 2006;20(1):45-49
- <sup>69</sup> Ramírez M. La administración en los servicios de Salud y la calidad de los procesos de educación e investigaciones. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social. 2006; 44(2):93-94
- <sup>70</sup> Caamaño C. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios. ***Revista de calidad asistencial.*** Universidad de La Rioja. España. 2006;21(3):143-149

- <sup>71</sup> Emparán C. Integración de sistemas de control de calidad y gestión en unidades de hospitalización domiciliaria. **Revista de calidad asistencial**. Universidad de La Rioja. España. 2006;21(1):39-45
- <sup>72</sup> Márquez N. Evaluación de la Calidad del Ingreso en el Hogar. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2000;16(5):321-325
- <sup>73</sup> Roldan P. Evaluación de la calidad asistencial de los programas de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental crónica. Revista Colombia Médica. 2000;3(2):14-18
- <sup>74</sup> Iglesias-Casarrubios P. Utilidad de la evaluación de la calidad científico técnica en el proceso quirúrgico de la hernia discal lumbar. **Revista de calidad asistencial**. Universidad de La Rioja. España. 2001;16(8):714-721
- <sup>75</sup> Oto J. Implicación de la investigación de resultados en salud en la mejora continua de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud. Anales Medicina Interna. Madrid. España 2007;24(11):114-118
- <sup>76</sup> Ramos B. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. Revista Cubana Salud Pública. 2005;31(3).Artículo disponible en url:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0864-346620050003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-346620050003&lng=es&nrm=iso)
- <sup>77</sup> Soto J. Implicación de la investigación de resultados en salud en la mejora continua de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud. Anales Medicina Interna. Madrid. España.2007;24(11):517-519
- <sup>78</sup> Anna A. Evaluación de la calidad mediante los sistemas de información socio sanitarios: un reto posible. Revista de Calidad Asistencial. Universidad de La Rioja. España.2000;15(4):223-229
- <sup>79</sup> Salinas H. Indicadores de calidad de asistencia en obstetricia. Revista Chilena Obstetricia Ginecología. 2006;71(2):3-5

<sup>80</sup> Alonso A. Estándares de calidad asistencial en reumatología. Revista Reumatología Clínica. Murcia. 2007;3(5). Artículo disponible en url: <http://www.taiss.com/publistcomp.htm>

<sup>81</sup> Llanio R. Propedéutica clínica y semiológica médica. Editorial Pueblo y educación. 2007. Tomo 1. Pág. 1-25

<sup>82</sup> Selman – Housein E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. Ciudad de la Habana, Cuba: Editorial Científico Técnica; 2002. Pág. 4-10

<sup>83</sup> Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Ciudad de la Habana, Cuba: Editorial Científico Técnico. 2001. Pág. 11-40

<sup>84</sup> Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: OPS/OMS, editores. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington D.C: OPS/OMS; 1992.pág.382-404. (Publicación Científica; 534).

<sup>85</sup> Colunga C. Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara. Revista Cubana Salud Pública. 2007;33(3). Artículo disponible en url: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33\\_3\\_05/spu11405.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_05/spu11405.htm)

<sup>86</sup> Iraola Ferrer M. Satisfacción en urgencias en un Hospital Universitario Dr. Gustavo Alderegia. Revista Calidad Asistencial Universidad de La Rioja. España.2005 2003;18(7):603-608

<sup>87</sup> Giménez A. Encuestas de satisfacción al personal facultativo y de enfermería como método de mejora de la calidad de los procesos del servicio de farmacia. **Revista de calidad asistencial**. Universidad de La Rioja. España.2008;(23)1:3-6

<sup>88</sup> Hernández B. Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familia. Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social.2002;40(5):373-378

<sup>89</sup> Hernando R. Los derechos de los pacientes: una cuestión de calidad. Revista de calidad asistencial. Universidad de La Rioja. España.2005;20(6):353-356

<sup>90</sup> Salud Pública (MINSAP). Encuesta nacional sobre satisfacción de los usuarios con los servicios de atención médica. La Habana, Cuba.1990

- <sup>91</sup> Zas Ros B. El hospital para nosotros. Propuesta de un manual para los usuarios hospitalizados en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Revista Cubana Psicología.2004;21(1). Artículo disponible en url: [http://www.dict.uh.cu/rev\\_ps\\_2004\\_no1.asp](http://www.dict.uh.cu/rev_ps_2004_no1.asp)
- <sup>92</sup> Álvarez MC. Evaluación de los criterios satisfacción del cliente/ paciente y satisfacción del personal/ profesional. Revista de calidad asistencial. Universidad de La Rioja. España.2007;22(5):147-153
- <sup>93</sup> Rico E. Nivel de Satisfacción de los pacientes que acuden a un Policlínico Principal de Nigüences. Revista Cubana Enfermería. 2003;19(3):40-43
- <sup>94</sup> Gómez JM. Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario. Revista Cubana Medicina General Integral. 2004;20(3). Artículo disponible url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0864-212520040003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-212520040003&lng=es&nrm=iso)
- <sup>95</sup> Simón P. Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. Anales Sis San Navarra. España. 2007;30(2):191-198
- <sup>96</sup> Sobrequés J. *La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria.* Revista de Aten Primaria. 2003;31(4):227-33.
- <sup>97</sup> Fernández MI. Satisfacción laboral de los profesionales de Atención primaria del área 10 del INSALUD de Madrid. Revista Española Salud Pública. 2004;74(2):53-58
- <sup>98</sup> Bonadeo M. Evaluación del grado de satisfacción del personal médico en un hospital de pediatría. Archivos Argentina Pediatría. 2005;103(6):114-118
- <sup>99</sup> Perezagua MC. Satisfacción Personal de Enfermería. ¿Se cumplen nuestras expectativas? Revista Caber de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencia y Emergencia. 2005;5 (1):9-12
- <sup>100</sup> Infante I. Satisfacción del personal de enfermería en servicios de oncología Revista Cubana Salud Pública. 2007;33(3). Artículo disponible en url: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33\\_3\\_07/spu11307.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu11307.htm)

- <sup>101</sup> Reyes MR. Grado de satisfacción de los médicos con el procedimiento de ingreso domiciliario. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2003;19 (5):12-16
- <sup>102</sup> Márquez N. Grado de satisfacción con el ingreso en el hogar. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2002;17(5):22-26
- <sup>103</sup> Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismo y causas de defunción. Publicación Científica No. 353. OMS. Washington, D.C. 1978. Volumen 1. Pág. 3-37
- <sup>104</sup> Álvarez S. Medicina General Integral. Editorial Ciencias Médicas. Cuba. 2008. Tomo II. Pág. 83-114
- <sup>105</sup> Santiago M. Temas de Pediatría. Editorial Ciencias Médicas. Cuba. 2006. Pág. 160-245.
- <sup>106</sup> Cabezas E. Manual de procedimientos en Ginecología. Editorial Ciencias Médicas. Cuba. 2006. 14-39
- <sup>107</sup> Roca R. Temas de Medicina Interna. Editorial Ciencias Médicas. 4ta Edición. Cuba. 2002. Pág. 450-503
- <sup>108</sup> Hurtado de Mendoza S. [Sistema Automatizado del Método de Consultas a Expertos.](http://www.cecofis.cu/articulo3.asp) 1999. Artículo disponible en url: <http://www.cecofis.cu/articulo3.asp>. Fecha de acceso junio 1999.
- <sup>109</sup> Mateu L. Diseño y validación de un cuestionar para la evaluación del estado de la superación del profesional en los servicios farmacéuticos de Cuba. Revista de la Organización de Farmacéuticos Ibero- Latinoamericanos. 2008;18 (1): 21-26
- <sup>110</sup> Martín A. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Revista Cubana Salud Pública.2008:34(1). Artículo disponible en url: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_1\\_08/spu12108.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu12108.htm)
- <sup>111</sup> Díaz J. El perfil de la práctica del médico de familia. Revista Cubana Medicina General Integral. 2007;23(1). Artículo disponible en url: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23\\_01\\_07/mgi11107.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi11107.htm)

<sup>112</sup> Sánchez Z. Niveles de eficiencia de los policlínicos tipo I en Matanzas: Evaluación durante el año 2006. Revista Cubana Salud Pública. 2008;34(4) Artículo disponible en url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0864-346620080004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-346620080004&lng=es&nrm=iso)

---

<sup>113</sup> Regalado J. Acute pyelonephritis treated under "home hospitalization." Ten years' experience. Enferm Infecc Microbiol Clin. North. Am.2006;24(10). Artículo disponible en url: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194388?ordinalpos=6&itool=med\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194388?ordinalpos=6&itool=med_RVDocSum)

<sup>114</sup> Romeo D. Caracterización de los pacientes terminales y su atención domiciliaria por parte de un equipo básico de salud. Revista Cubana Medicina General Integral. 2007;23(3). Artículo disponible en url: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23\\_3\\_07/mgi05307.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_3_07/mgi05307.htm)

<sup>115</sup> Reyes MR. Distribución de las principales causas de morbilidad por ingresos domiciliarios en el municipio Cerro durante el año 2000. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2003;19(12):56-59

<sup>116</sup> Hernández C. Comportamiento y seguimiento de los ingreso domiciliarios pediátricos en el consejo popular San Lázaro. Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos. 2004;2(1):32-35

<sup>117</sup> Balfour-Lynn IM. Domiciliary oxygen for children. Pediatr. Clin. North. Am. 2009;56(1):275-96

<sup>118</sup> República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. Ciudad de La Habana. Cuba. 2007. Pág. 72-77

<sup>119</sup> Montes, J. Tratamiento domiciliario de la trombosis venosa profunda: Comparación de costes con la hospitalización convencional. Ann. Med. Interna. Madrid. España. 2005;22(8):17-19

<sup>120</sup> Narey B. Calidad de la atención de salud: Error médico y seguridad del paciente. Revista Cubana Salud Pública. 2005;(31). Artículo disponible en url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

<sup>121</sup> Rodríguez H. La relación médico-paciente Revista Cubana Salud Pública. 2006;32(4). Artículo disponible en url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

<sup>122</sup> Jiménez-Pérez D. La historia clínica: aspectos éticos y legales. Revista de Calidad Asistencial. España. 2001;16(1). Artículo disponible en url: <http://www...secalidad.org/revista.htm>.

<sup>123</sup> Martínez CM. Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social Revista Cubana Salud Pública. 2006;32(1). Artículo disponible en url: <http://scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article^dlibrary&format=iso.pft&lang=e&nextAction=Ink&indexSearch=>

<sup>124</sup> Herndano P. Los derechos de los pacientes: una cuestión de calidad. Revista de calidad asistencial. Universidad de La Rioja. España. 2005;20(6):353-356

<sup>125</sup> Díaz J. La visita médica al hogar. Revista Cubana Medicina General Integral. 2007;23(1). Artículo disponible en url: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23\\_01\\_07/mgi13107.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01_07/mgi13107.htm)

<sup>126</sup> Bascumar R. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. Revista Médica Chile. 2005;133(4):11-16

<sup>127</sup> Serrano – Del Rosal R. La anatomía de la satisfacción del paciente. Revista Salud Pública. México. 2008;50(2):162-172

<sup>128</sup> Guzmán AM. Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2006;44(1):14-17

<sup>129</sup> Planas M. Evaluación del grado de satisfacción de un programa de nutrición enteral domiciliaria. Revista Nutrición Hospitalaria. Madrid. 2007;22(5):74-78

<sup>130</sup> Morales Asencio JM. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. Gaceta Sanitaria. España. 2007;21(2):106-113

<sup>131</sup> Ortiz RM. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. Revista Española Salud Pública. 2004;78(4):30-33

<sup>132</sup> Figueras - Sabater R. Participación de los pacientes en las decisiones sobre su asistencia sanitaria. Revista de calidad asistencial. Universidad de La Rioja. España. 2005;20(1):35-42

<sup>133</sup> Palacio F. Algunas predicciones sobre la calidad: ***el futuro que ya tenemos aquí.*** ***Revista de calidad asistencial.*** Universidad de La Rioja. España. 2006;21(5):225-227

<sup>134</sup> Caamaño C. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria. Revista de calidad asistencial. Universidad de La Rioja. España. 2006;21(3):143-149

<sup>135</sup>

Perezagua MC. Satisfacción Personal de Enfermería. ¿Se cumplen nuestras expectativas? Revista Caber de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencia y Emergencia. 2005;5 (1):9-12

<sup>136</sup> Infante Ochoa I. Satisfacción del personal de enfermería en servicios de oncología Revista Cubana Salud Pública. 2007;33(3). Artículo disponible en url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.**

1. Villalbí J. R. Evaluación de la atención primaria. Revista de Atención Primaria. España. 2009; 41(12):659-60

Santana S. Control y aseguramiento de la calidad en la intervención nutricional. Acta Medicc. España. 2003;11(1):26-37

2. Delgado O. Errores de conciliación en el ingreso y en el alta hospitalaria en pacientes ancianos poli medicados. Estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico. Med Clin. Barcelona. 2009; 133(19) :741-4

---
3. Benítez I. Ética de la investigación científico-médica desde la perspectiva de la atención primaria de salud. Revista Cubana Salud Pública. 2008;34(3). Artículo disponible en url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0864-346620080003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-346620080003&lng=es&nrm=iso)

---
4. Pérez B. La educación para la salud y la estrategia de salud de la población. Revista Cubana Salud Pública. 2007;33(2). Artículo disponible en url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0864-346620070002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-346620070002&lng=es&nrm=iso)

---
5. Sánchez Z. Niveles de eficiencia de los policlínicos tipo I en Matanzas: Evolución durante el año 2006. Revista Cubana Salud Pública. 2008;34(4) Artículo disponible en url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0864-346620080004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-346620080004&lng=es&nrm=iso)

---
6. Sanso F. El policlínico universitario. Revista Cubana Medicina General Integral. 2006;22(2). Artículo disponible en url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0864-212520060002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-212520060002&lng=es&nrm=iso)

---
7. Pérez G. Medicina preventiva geriátrica en la atención primaria de salud. Revista Cubana Medicina General Integral. 2005;21(3-4). Artículo disponible en url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0864-212520050003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-212520050003&lng=es&nrm=iso)

---
8. Torres M. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Revista Cubana Medicina General Integral. 2005;21(3-4). Artículo disponible en url: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0864-212520050003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-212520050003&lng=es&nrm=iso)

---
9. Roses M. Renewing primary health care in the Americas: the pan American Health Organization proposal for twenty-first century. Pan American Journal of Public Health.

---

10. Delgado G. Centenario del Ministerio de Salud Pública de Cuba (1909-2009). Revista Especial "La OPS/OMS reconoce los logros de la salud pública cubana". Mayo 2009. Pág 6-9

---

11. Mok P. Repercusión de la Atención Primaria de Salud sobre la Atención Secundaria de Salud. Revista MEDISAN. Santiago de Cuba. 2003;7(1):41-45
12. Salas LE. La Evaluación de la enseñanza en la Facultad de Medicina de la UNAM. Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social. 2006;44(1):39-45
13. Salinas Oviedo C. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. Salud Pública Méx. 1994;36(1):22-29

---

14. Sanz E. Aplicación de la agenda de calidad en una consulta de atención primaria. Revista de calidad asistencial. España. 2005;20(7):363-369
15. Fuente-Rodríguez A. Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. Revista de calidad asistencial. España. 2009;24(3):109-114
16. León Rodríguez C. Actualizando el registro del proceso asistencial en urgencias de atención primaria. Mejora del informe clínico. Revista de calidad asistencial. España. 2008;23(4):192-193

---