

## ARTÍCULOS ORIGINALES

Dirección Nacional de Epidemiología

# SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

*Dra. Milvia Ramírez Rodríguez,<sup>1</sup> Lic. Diana Rodríguez Gabaldá,<sup>2</sup> Dr. Orlando Landrove,<sup>3</sup> Dr. Manuel Santín Peña,<sup>4</sup> Dra. Cristina Valdivia Omega<sup>3</sup> y Dra. Carmen Serrano Verdura<sup>5</sup>*

### RESUMEN

Con esta metodología pretendemos que se evalúe la calidad de la atención médica que se brinda a los pacientes con enfermedades no transmisibles (asma bronquial, hipertensión arterial y diabetes mellitus) en las instituciones de salud a nivel primario y secundario, pues estas son las primeras causas de muerte y discapacidad en nuestro país. Esto permitirá determinar en qué medida las acciones de salud que se realizan cumplen el objetivo fundamental de mantener, restaurar o promover salud.

*DeCS:* CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD; ATENCION SECUNDARIA DE SALUD; SATISFACCION DEL PACIENTE; HIPERTENSION; DIABETES MELLITUS; ASMA; EVALUACION DE PROCESOS Y RESULTADOS (ATENCION DE SALUD)/métodos.

Las enfermedades no transmisibles actualmente son causa del 60 % de la mortalidad y la discapacidad en el mundo. La mayoría de las personas afectadas (cerca del 70 %) tienen menos de 45 años y el 30 % menos de 15 años de edad.<sup>1</sup> Todos los países desarrollados muestran esta tendencia in-

cluyendo el nuestro, donde 3 de cada 4 muertes que ocurren son atribuidas a las enfermedades no transmisibles, se destaca el hecho de que éstas constituyen 9 de las 10 primeras causas de muerte.

En América Latina y el Caribe, en los próximos 2 decenios, las enfermedades no

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Master en Epidemiología.

<sup>2</sup> Licenciada en Cibernética Matemática. Instructor. Investigador Aspirante.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Administración de Salud.

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Administración de Salud. Especialista de II Grado en Epidemiología.

<sup>5</sup> Especialista de I Grado en Medicina Interna.

transmisibles sobrepasarán a las enfermedades transmisibles en una proporción de 7 a 1.<sup>1</sup>

A pesar de la difícil situación económica que atravesaba el país y que todavía hoy padecemos, en 1992 el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) lanzó su estrategia sanitaria hasta el año 2000, conocida como objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana (OPD-2000). Esta estrategia, tiene como objetivos mejorar los niveles de salud de la población cubana, para lo cual debe:

- Disminuir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud.
- Mantener y mejorar la morbilidad y la mortalidad para enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Consolidar y mejorar los niveles alcanzados en la salud de la madre y el niño.

Para cumplirlos, el MINSAP se trazó una serie de propósitos y directrices generales, de las cuales 2,<sup>2,7</sup> plantean la necesidad de desarrollar la eficiencia y la calidad de los programas de salud si queremos alcanzar los objetivos propuestos.

La base del Sistema Nacional de Salud es la atención primaria, la que constituye el espacio más integrador y el más propicio para la ejecución de acciones multidisciplinarias e intersectoriales, que resultan imprescindibles para lograr modificaciones de actitudes en individuos, familias y la población hacia la percepción de riesgo y la práctica de la salud.<sup>2</sup>

Si tenemos en cuenta lo planteado anteriormente, resulta importante el logro inmediato de cambios sustanciales en los indicadores actuales en relación con la atención a las enfermedades no transmisibles, lo que sin duda lleva implícito una mejoría de la calidad de la atención médica. En

consonancia con esto, se hace necesario una actualización sistemática de los profesionales vinculados a la atención de estos problemas de salud que se revierta en un mejor desempeño y el perfeccionamiento de los sistemas de control. Para esto último, consideramos importante la aplicación de instrumentos evaluativos que permitan monitorear y evaluar la calidad de la atención médica con una metodología homogénea que defina normas y procedimientos necesarios para su aplicación a cada nivel y los estándares de aceptabilidad, los cuales deberán ser ajustables a las características propias de las localidades, instituciones y nivel de salud donde se apliquen, siempre que se tenga en cuenta el avance a que aspira el país. Hasta el momento no se cuenta con un instrumento generalizador y abarcador que permita evaluar la calidad de la atención a este grupo de enfermedades y que sirva como base al diseño de estrategias para su mejoría.

Independientemente de la amplitud de la definición de calidad, existen 3 posibles aproximaciones para su evaluación. Estas pueden denominarse, evaluación de la “estructura”, de los procesos y de los resultados.<sup>3</sup>

La satisfacción del paciente constituye un elemento particularmente importante. En primer lugar es un resultado de valor incuestionable ya que la satisfacción es un aspecto del bienestar que la atención a la salud intenta promover. En segundo lugar, la satisfacción contribuye a la calidad de la atención porque es más probable que el paciente participe en ella de una manera más efectiva. En tercer lugar, la satisfacción y el descontento constituyen los juicios del paciente sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados.<sup>2</sup>

El término estructura hace mención a todos los atributos materiales y organizacionales. El proceso incluye todo lo que los

médicos y otro personal de atención hacen por los pacientes, así como la habilidad con que lo llevan a cabo. El término resultado hace referencia a lo que se obtiene para el paciente, supone un cambio en el estado de salud para bien o para mal.

La calidad consiste en alcanzar los mayores beneficios posibles en salud al menor costo. Por lo que el monitoreo de la atención adquiere 2 funciones: verificación de la efectividad y de la eficiencia.<sup>5</sup> La efectividad se determina juzgando si la atención proporcionada va a producir los mayores beneficios posibles en la actualidad. La efectividad máxima se alcanza cuando se otorga la mejor de las atenciones útiles y se evita toda la atención dañina.

La eficiencia expresa relación entre los resultados de un programa o actividad de salud y su costo y depende de la comparación entre los costos de la atención y los beneficios esperados, de la habilidad de los médicos para seleccionar programas y ejecutar los procedimientos de atención.<sup>5</sup>

#### Objetivos

- El diseño de un conjunto de instrumentos que permita evaluar la calidad de la atención médica que se brinda a los pacientes con enfermedades no transmisibles en las instituciones de salud de nivel primario y secundario, así como establecer un programa automatizado (EPI-CRONI) que permita el procesamiento oportuno de los resultados de la evaluación en las diferentes instancias y además, elaborar un plan de intervención a partir de los resultados obtenidos en la evaluación.

## MÉTODOS

Para el diseño se confeccionaron instrumentos evaluativos que permitieran de-

terminar la calidad de la atención que se brinda a las enfermedades no transmisibles en instituciones pertenecientes al primer y segundo nivel de atención, para lo cual se siguió un método que permitió la participación de profesionales expertos de los diferentes niveles del sistema de salud.

Se utilizaron como fuentes de información:

- a) Un estudio de usuarios por correo electrónico donde se solicitaron a los diferentes expertos por provincias y a los diferentes grupos nacionales de enfermedades no transmisibles (ENT), los elementos que debían tenerse presentes para evaluar la calidad de la atención médica en cada una de las enfermedades priorizadas (hipertensión arterial, diabetes mellitus y asma bronquial).
- b) Se revisaron bibliografías afines al tema para la búsqueda de referencias anteriores de otros autores así como para actualización.
- c) Además se realizaron consultas a expertos en las diferentes entidades nosológicas seleccionadas.

Teniendo en cuenta la información recolectada por estas vías se determinaron los criterios de calidad y se confeccionaron los diferentes cuestionarios.

#### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES INCLUIDAS EN EL INSTRUMENTO

##### POBLACIÓN: (EL QUE RECIBE EL SERVICIO)

1. Datos generales.  
Son los datos que permiten identificar la procedencia de cada paciente, edad y sexo.
2. Información que posee sobre su enfermedad.

Se valoran aspectos de conocimientos como: factores de riesgo, complicaciones, medidas de control, conducta a seguir ante su descompensación y sobre la rehabilitación médica.

3. Percepción sobre la atención que recibe. Se recogen la suficiencia de recursos materiales y humanos, la periodicidad del seguimiento en consulta y terreno y la resolutivez de sus problemas.
4. Resultados de la atención. Se explora si tiene o no controlada su enfermedad y el grado de satisfacción.

#### **NIVEL PRIMARIO (EL QUE PRESTA EL SERVICIO)**

1. Datos generales: permite identificar la procedencia del profesional, su calificación y su experiencia de graduado.
2. Preparación para la atención al problema de salud: se mide si ha recibido capacitación acerca del problema de salud evaluado, el momento en que la recibió y si fue suficiente.
3. Condiciones para la atención al problema de salud: permite conocer el grado de suficiencia de los recursos (reactivos, medicamentos e instrumental).
4. Calidad del proceso de atención: se evalúa la calidad del interrogatorio del examen físico, la realización de exámenes complementarios, la conducta a seguir, la clasificación de la enfermedad, la periodicidad del seguimiento. Además se tendrán en cuenta los servicios de los Policlínicos Principales de Urgencias (PPU) y el resto de los cuerpos de guardias en los cuales se aplicará una encuesta concurrente con los elementos necesarios que permitan su evaluación.

#### **NIVEL SECUNDARIO**

1. Datos generales: comprende la procedencia del paciente.

2. Condiciones en que se recibe el paciente: expresa la vía por la que el paciente llega al servicio.
3. Condiciones para la atención del problema de salud: permite conocer la suficiencia de los recursos necesarios para tratar el problema de salud.
4. Calidad del proceso de atención: se evalúa la calidad del interrogatorio del examen físico, la realización de exámenes complementarios, la conducta a seguir, y el seguimiento dentro de la institución.
5. Evolución de la enfermedad: se refiere a si la evolución fue satisfactoria o no. Además se tendrán en cuenta los servicios de los cuerpos de guardias de los hospitales, en los cuales se aplicará una encuesta concurrente con los elementos necesarios que permitan su evaluación. La información que se recogerá en estos cuestionarios será llenada por el evaluador externo después de realizar un análisis cuidadoso y crítico (evaluación) de cada indicador.

#### **PARA LA RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN**

Se utilizará como fuente fundamental de información las historias clínicas individuales para evaluar el proceso de atención y sus resultados en términos de salud, en el caso de los consultorios en población y la atención hospitalaria. Como método evaluativo se utilizará la auditoría médica a las historias clínicas.

Para evaluar la calidad de la atención a través de la percepción de usuarios, se utilizará la encuesta a la población.

Para los servicios de urgencia, se aplicará la evaluación concurrente de la calidad, a través de los métodos de observación, entrevista y encuesta a pacientes, basados todos en los criterios evaluativos reflejados en los instrumentos.

## PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento estará apoyado en el programa EPI-CRONI que se confeccionará para tales efectos utilizando el sistema EPI INFO versión 6.04.

El sistema permitirá la introducción de la información que contenga cada cuestionario según el nivel de atención, la cual será validada y procesada de manera que permita el análisis de la situación de la calidad de la atención en la provincia, municipio y unidad así como la preparación de la información que deberá ser enviada al nivel central para su posterior análisis.

Además de los resultados que ofrecerá el sistema, este brindará la posibilidad de hacer cualquier procesamiento adicional con las facilidades de EPI INFO, así como preparará la información para ser enviada vía correo electrónico.

## PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA

### Fase 1. Validación de instrumentos diseñados

Para validar los cuestionarios se seleccionó la provincia Ciudad de La Habana, dentro de ella el Policlínico "Ana Betancourt" del municipio Playa, que cuenta con una población de 14 668 habitantes y de los cuales están dispensarizados por asma bronquial 1 400, diabetes mellitus 430, hipertensión arterial 1 644, enfermedades cardiovasculares 420 y accidentes vasculares encefálicos 35 para un total de 3 929 pacientes con ENT y el Hospital Clínicoquirúrgico "Calixto García", en los que se aplicarán todas las encuestas y se procesarán todos los resultados.

### Fase 2. Desarrollo por todo el país

Una vez concluida esta fase, donde los coordinadores nacionales (la Dirección

Nacional de Epidemiología y la Dirección Nacional de Atención Primaria de Salud) se procederá a su desarrollo en todo el país, donde el máximo responsable de ejecutar esta evaluación es el Vicedirector Primero del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología (CPHE), el mismo coordinará dicha actividad a través de los Vicedirectores Primero de los municipios con los Vicedirectores de Higiene y Epidemiología de cada área de salud. Asistencia Médica y las comisiones multidisciplinarias de ENT.

La aplicación de este sistema será de estricto cumplimiento según la periodicidad definida para garantizar el flujo de la información y la chequearán los funcionarios del nivel central y las comisiones nacionales.

## ORIENTACIONES PARA LA EJECUCIÓN DEL SISTEMA

1. Selección de la muestra a evaluar por parte de los territorios.
2. Definición de criterios de aceptabilidad por parte de las provincias. Los criterios de aceptabilidad de cada institución o territorio se definirán a partir de:
  - a) Estándares que se definan para el país y que se establecerán con posterioridad al estudio piloto.
  - b) Los resultados de los controles realizados en relación con ENT de cada territorio o institución.
3. Metodología de llenado y procesamiento de los cuestionarios.

En el nivel primario (consultorios del médico de la familia-CMF) el evaluador externo seleccionará de la historia clínica familiar, por un proceso al azar, las historias a evaluar, que serán el 100 % de la incidencia de la enfermedad. En el PPU y el resto de los cuerpos de guardias se realizarán encuestas concurrentes a los pacientes hipertensos, diabéticos y asmáticos.

En el nivel secundario se realizarán, a nivel de cuerpo de guardia, encuestas concurrentes a los pacientes con las patologías objetos de evaluación. Este proceso se realizará a los pacientes ingresados, incluyendo la evaluación de las historias clínicas.

Todas las encuestas serán recepcionadas en el CPHE donde el Vicedirector Primero, junto a la comisión multidisciplinaria de ENT, procesarán dicha información y enviarán los resultados a la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, con una periodicidad semestral. En este nivel se realizará un análisis a punto de partida de los resultados provinciales.

4. Envío de la información al nivel superior y definición de propuestas de medidas correctivas.

### **Fase 3. Procesamiento de toda la información por el sistema EPI-CRONI y elaboración de la estrategia nacional para la superación de los problemas detectados a partir de las sugerencias de los territorios**

### **Fase 4. Adecuación de la estrategia nacional a las condiciones reales de los territorios**

## **UNIVERSO Y MUESTRA**

Para desarrollar esta evaluación se consideraron las provincias como estratos, las mismas se dividieron en grandes, medianas y pequeñas, según número de habitantes.

Se consideró **provincia grande** la que tenía más de 700 000 habitantes, **mediana** entre 699 000 y 499 000 habitantes y **pequeña**, menos de 500 000 habitantes.

De estas provincias se escogerán, de manera aleatoria, el 10 % de los municipios, y a su vez 10 % de las áreas de salud, 10 % de los consultorios y de estos, el 100 % de los dispensarizados por padecer las enfermedades incluidas en la investigación.

**Provincias grandes:** Ciudad de La Habana, Pinar del Río, Villa Clara, Camagüey, Holguín, Granma y Santiago de Cuba.

**Provincias medianas:** La Habana, Matanzas, Las Tunas y Guantánamo.

**Provincias pequeñas:** Isla de la Juventud, Ciego de Ávila, Sancti Spíritus, y Cienfuegos.

Si tenemos en cuenta lo anteriormente planteado, resulta importante el logro inmediato de cambios sustanciales en los indicadores actuales en relación con las enfermedades no transmisibles, lo que sin duda lleva implícito una mejoría de la calidad en la atención médica. En consonancia con esto, se hace necesario una actualización sistemática de los profesionales vinculados a la atención de estos problemas de salud que se revierta en un mejor desempeño y perfeccionamiento de los sistemas de control. Para esto último, consideramos necesario aplicar instrumentos evaluativos que permitan monitorear y evaluar la calidad de la atención médica con una metodología homogénea que defina normas y procedimientos necesarios para su aplicación a cada nivel y los estándares de aceptabilidad, los cuales deberán ser ajustables a las características propias de las localidades, instituciones y nivel de salud donde se aplique, siempre que tenga en cuenta el avance a que aspira el país. Hasta el momento, no se cuenta con un instrumento generalizador y abarcador que permita evaluar la calidad de la atención a este grupo de enfermedades y que sirva como base al diseño de estrategias para su mejora.

## **SUMMARY**

With this methodology we intend to evaluate the quality of the medical attention given to those patients with noncommunicable diseases (bronchial asthma, arterial hypertension and diabetes mellitus), which are the first causes of death and disability in our country, at the primary and secondary health care level institutions. This will make possible to determine to what extent the health actions taken fulfill the fundamental objective of maintaining, restoring promoting health.

*Subject headings:* QUALITY OF HEALTH CARE; PRIMARY HEALTH CARE; QUALITY ASSURANCE, HEALTH CARE; SECONDARY HEALTH CARE; PATIENT SATISFACTION; HYPERTENSION; DIABETES MELLITUS; ASTHMA; OUTCOME AND PROCESS ASSESSMENT (HEALTH CARE)/methods.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. White F. "Conferencia Las Enfermedades No Transmisibles en las Américas". Marzo/1996. Cuba.
2. Uris J Moreno J. Problemas de la calidad de la Atención Primaria. Octubre/1996.
3. Donabedin A. La calidad de la atención médica y métodos de evaluación. México, DF: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
4. —. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q 1966.
5. Programa Anual de verano en Salud Pública y Epidemiología. Instituto Nacional de Salud Pública The Johns Hopkins University. School of Hygiene and Public Health. 1996.
6. Jenicek M, Cléroux R. Epidemiología principios. Técnicas. Aplicaciones. Masson, Salvat Medicina, 1980.
7. Riegelman RK, Hirsch RP. Cómo probar un estudio y probar una prueba. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1992.

Recibido: 27 de enero del 2000. Aprobado: 11 de diciembre del 2000.

Dra. *Milvia Ramírez Rodríguez*. Dirección Nacional de Epidemiología, Ciudad de La Habana, Cuba.