

ARTICULO ORIGINAL

Calidad de la atención de salud brindada en un servicio de rehabilitación integral de base comunitaria

Health care quality given in a comprehensive rehabilitation service with community base

Dra. Haydée Revilla Arias,^I Dr. Denny González Mustelier^{II} y Dra. Leydys Magda Valenzuela Fonseca^{III}

^I Unidad Presupuestada Asistencial de Salud Pública, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Policlínico Docente "Armando García Aspúru", Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud para evaluar la calidad de la atención brindada en el Servicio de Rehabilitación Integral de base comunitaria, perteneciente al Policlínico Docente "Armando García Aspúru" del municipio de Santiago de Cuba, durante el 2013. La muestra estuvo constituida por 15 profesionales y 180 pacientes, a los cuales se les aplicaron encuestas que fueron validadas a través del coeficiente alfa de Cronbach. Se analizó la dimensión proceso teniendo en cuenta 15 criterios, indicadores y estándares. Al finalizar la evaluación, 12 de estos criterios se consideraron adecuados (80,0 %); por tanto, se cumplió con el estándar establecido. Se concluyó que la atención ofrecida en el servicio antes citado fue adecuada.

Palabras clave: rehabilitación integral, servicio de salud, atención primaria de salud.

ABSTRACT

An investigation in health systems and services to evaluate the health care quality given in the Comprehensive Rehabilitation Service with community base, belonging to "Armando García Aspúru" Teaching Polyclinic in Santiago de Cuba, was carried out during 2013. The sample had 15 professionals and 180 patients, in whom surveys that were validated through alpha Cronbach coefficient were applied. The process dimension was analyzed taking into account 15 approaches, indicators and standards. When concluding the evaluation, 12 of these approaches were considered appropriate (80.0%); therefore, established standard was fulfilled. It was concluded that the health care aboved mentioned was optimal.

Key words: comprehensive rehabilitation, health service, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) es una estrategia de la atención primaria de salud para la recuperación e integración social del discapacitado. Su objetivo primordial consiste en disminuir el impacto de la limitación mediante la ampliación de coberturas y la integración de estas personas. Se implementa, a través

de los esfuerzos combinados propios de la persona con discapacidad, su familia, los apropiados servicios de salud, educacionales, vocacionales y sociales. Además, resulta un proceso integral, que permite mejorar la calidad de vida mediante la prestación de servicios más eficaces y eficientes.¹⁻³

Este programa se diseñó, implementó y evaluó teniendo en cuenta las normas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se modificó con el advenimiento del plan del médico de la familia, de forma tal que respondiera a las características de esta nueva modalidad de atención médica primaria.⁴

Para lograr una atención de excelencia en los servicios de salud de este país, el Ministerio de Salud Pública ha trazado planes y estrategias para fortalecer la atención primaria, motivo por el cual se han insertado en este nivel de atención nuevos servicios y tecnologías que antes solo se ofertaban en el nivel secundario; siendo la rehabilitación de base comunitaria uno de ellos. Como experiencia nueva, se debe de controlar y estudiar su funcionamiento y los posibles cambios a efectuar.

En Cuba existen las condiciones necesarias para llevar a cabo este proceso de rehabilitación, pues se cuenta con un Sistema Nacional de Salud único con 3 niveles de atención, personal profesional y técnico altamente calificado, así como un sistema de seguridad, asistencia social y laboral que brinda cobertura a toda la población que lo necesita.^{1,2}

De hecho, el servicio es accesible para aquellos que no pueden trasladarse hasta los centros asistenciales y para habitantes de lugares de difícil acceso; se realiza a través del trabajo a domicilio de técnicos y fisiatras, así como mediante el acondicionamiento con tal fin.

Ahora bien, debido al creciente envejecimiento poblacional, estos locales reciben un gran número de ancianos, ello presupone una mejor planificación y utilización de los recursos existentes. Cuba es un ejemplo de país en desarrollo, con un envejecimiento importante de su población donde los ancianos usan más los servicios sociales y de salud, lo cual ocasiona gastos superiores.⁵

Las personas esperan ser atendidas con especificidades y particularidades propias de los niveles educativo, cultural y profesional garantizadas por la revolución en sus más de 50 años, que requieren la mejor utilización cualitativa de las estructuras de salud, recursos y medios, además de una mayor comunicación, método clínico, dedicación y entrega del recurso humano adiestrado para estos fines.⁶

Se enfatiza en la calidad como categoría indispensable para lograr la satisfacción de quienes brindan o reciben un determinado servicio, así como en los aspectos que deben tenerse en cuenta para garantizar el éxito de la gestión. Para la OMS, la calidad permite asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, con mínimo riesgo y máxima satisfacción.

Las dimensiones de la calidad desempeñan un papel importante en la evaluación de dicho proceso; sin embargo, uno de los problemas principales para la interpretación más acertada de lo que sucede es lograr no solo el análisis de cada una de ellas en un escenario dado, sino entender su interrelación y en qué medida, por ejemplo, un buen resultado se asocia a procesos correctos o una excelente estructura ha desencadenado

o no procesos y resultados de alta calidad. Hasta ahora, parece que no existe certeza de que la excelencia en una dimensión implique lo mismo en las restantes.⁷

Una gran parte de la población perteneciente al Policlínico Docente "Armando García Aspurú" acudió a la Sala de Rehabilitación Integral en el 2013, donde hubo un incremento en la cantidad de prestaciones en relación con años anteriores, muestra de la importancia de este servicio de salud, todo lo cual motivó a los autores a realizar este estudio para evaluar la calidad del servicio de rehabilitación integral de base comunitaria de dicho policlínico. De ahí el interés de determinar las características y conocer los principales problemas que influyeron en su desarrollo, así como fundamentar la necesidad de perfeccionar la atención rehabilitadora.

MÉTODOS

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud, a fin de evaluar la calidad del Servicio de Rehabilitación Integral en la comunidad, atendida en el Policlínico Docente "Armando García Aspurú" durante el 2013. Se llevó a cabo una evaluación teniendo en cuenta algunos aspectos relacionados con la dimensión proceso. Un grupo de expertos redactaron criterios, indicadores y estándares correspondientes a esta dimensión.

Fueron incluidos todos los prestadores del referido policlínico, quienes laboraban en el servicio en el momento del estudio (15) y los usuarios (450 pacientes) que acudieron para tratamiento rehabilitador durante el mes de diciembre del 2013, a los cuales después de una entrevista previa, no se le constató deficiencia cognitiva, motora y/o sensitiva que impidieran la obtención de la información; todos dieron su consentimiento para participar en el estudio. La muestra quedó constituida por 180 pacientes seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple.

Competencia profesional: para evaluar este criterio se aplicó un examen a los prestadores del Servicio de Rehabilitación Integral de base comunitaria, el cual contó con 6 preguntas donde se evaluaron los conocimientos que poseían sobre: importancia de la inserción de la rehabilitación en la comunidad, organización y funcionamiento del servicio, funciones comunes de los prestadores, acciones de promoción de discapacidades y educación para la salud en función de la rehabilitación de base comunitaria, registro primario de información estadística, así como el conocimiento de las normas y procedimientos del servicio. Se realizó una clave de evaluación de las preguntas y se consideraron aprobados quienes obtuvieron una evaluación entre 70 y 100 puntos, por lo cual se determinó que era adecuado cuando 98 % o más de los prestadores aprobaron el examen de competencia.

Se tuvieron en cuenta otras variables o criterios relacionados con el proceso. Para cada criterio se consignó un indicador y un estándar. La evaluación se determinó a partir del resultado del indicador en relación con el estándar establecido y fue considerada adecuada (A) cuando el resultado del indicador igualó o superó el estándar señalado para el criterio definido, e inadecuada (I) si el resultado no igualó o fue inferior a dicho estándar.

Para la evaluación final del proceso se tuvieron en cuenta 15 criterios. Según acuerdos de especialistas, la evaluación se consideró adecuada cuando se alcanzó 70 % y más de los criterios adecuados, es decir, entre 11 y 15; inadecuada con menos de 11.

La información se obtuvo a través de una entrevista semiestructurada a los responsables de los departamentos de estadística, recursos humanos y administración del área. Se aplicaron además, encuestas elaboradas por el equipo de investigación previamente capacitado, cuyo tiempo requerido para su aplicación fue de aproximadamente 10 minutos. La validez de estas encuestas se analizó mediante la utilización del coeficiente alpha de Cronbach contenido en el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

Obsérvese en la tabla, que la mayoría de los criterios seleccionados obtuvieron evaluación de adecuados, pues solo 3 fueron inadecuados. En cuanto al tiempo de espera del paciente desde su llegada al servicio hasta la evaluación del médico se aprecia que del total de encuestados, 169 (93,8 %) fueron atendidos antes de las 72 horas; situación similar ocurrió con el tiempo que esperaron para recibir el plan terapéutico diario, el cual fue menor de 30 minutos en 93,4 % de los afectados. En cuanto a la respuesta del servicio de electromedicina en caso de roturas, se constató que de 7 equipos rotos se solucionaron 5 para 71,4 %.

Tabla. Resultados de la evaluación de criterios seleccionados para el proceso

Criterios	Indicador	Estándar	Evaluación A o I
Competencia profesional	100,0 %	98,0 %	A
Promedio de consultas realizadas al día	49,0	25	A
Promedio de consultas realizadas semanal	98,0	50	A
Promedio de consultas realizadas al mes	391,0	200	A
Promedio de pacientes atendidos por día	187	180	A
Promedio de pacientes atendidos por mes	4121	3960	A
Promedio de aplicaciones terapéuticas por paciente	6	3-9	A
Promedio de tratamientos por días	1164	540	A
Promedio de tratamientos por meses	25620	11880	A
Promedio diario de pacientes por terapeutas	12	12	A
Tiempo de espera desde la llegada al servicio hasta la evaluación por el médico que establece el tratamiento	93,8 %	95,0 %	I
Tiempo de espera entre la indicación del tratamiento y su realización	95,0 %	95,0 %	A
Tiempo de espera para recibir el tratamiento diario	93,4 %	95,0 %	I
Puerta de entrada al servicio de rehabilitación	95,1 %	95,0 %	A
Respuesta del servicio de electromedicina en caso de rotura de equipos	71,4 %	95,0 %	I

DISCUSIÓN

La competencia profesional es uno de los atributos más importantes de la calidad y se basa en la capacidad, que demuestra el profesional para desarrollar con idoneidad una actividad o tarea; abarca el conjunto de conocimientos y habilidades esenciales adquiridas en correspondencia con los objetivos educacionales propuestos.⁷

Como es sabido, el reto de los profesionales de la salud es mantener una alta calidad en su desempeño, para lo cual se hace necesario el establecimiento de procesos de control total de calidad como medida para evaluar y probar que se entrega un cuidado óptimo y efectivo, con la satisfacción absoluta del paciente. La valoración del nivel de desempeño no está dada por lo que objetivamente entrega el suministrador, sino por lo que el cliente percibe de manera subjetiva.^{8,9}

El hecho de disponer de los recursos humanos con un alto nivel de competencia, en cantidad suficiente y debidamente calificados en los lugares convenientes y en los momentos oportunos, constituye la parte decisiva de la calidad de los servicios. El tiempo es la magnitud física con la que se mide la duración o separación de acontecimientos sujetos a cambio, de los sistemas sujetos a observación. Cuando se analiza el tiempo que demoró el especialista en medicina física y rehabilitación en atender al paciente desde su llegada al servicio se observa que a pesar de que en más de la mitad de ellos la atención de dicho especialista fue inmediata y óptima no se alcanzó el estándar establecido, hecho que pudiera estar relacionado con la gran cantidad de individuos que solicitan este servicio. Situación similar ocurrió con el tiempo que esperó el afectado para recibir el tratamiento diario; tal vez la demora se debió a la cantidad de pacientes atendidos, o que estos no cumplían con el horario acordado.

Por otra parte, el correcto estado técnico de los equipos es una herramienta importante para el funcionamiento del Servicio de Rehabilitación. La respuesta rápida ante una rotura de un equipo permite dar continuidad de manera oportuna a un tratamiento que depende del correcto funcionamiento de dicho equipo. El centro donde se realizó el estudio contaba con un Servicio de Electromedicina que presentó morosidad y no dio solución a este problema en su totalidad, de manera que no se cumplió con el estándar establecido.

En los indicadores de proceso seleccionados se logró alcanzar dicho estándar y se consideró que existió un adecuado proceso en el Servicio de Rehabilitación integral del citado policlínico.

Vale la pena puntualizar que no se puede tener un servicio de calidad total si los proveedores que lo ofrecen no están satisfechos. No resulta posible generar respuestas rápidas, supervisar y controlar su propia actuación, si el trabajador no siente la actividad como algo propio en él. De ahí que la calidad total tenga que comenzar por una visión de lo que sucede hacia dentro, para poder predecir lo que acontece hacia fuera.¹⁰

Existe una contradicción dialéctica entre los indicadores de proceso y resultado, algunos alegan que el primero pierde sentido si su calidad no se refleja en el segundo, mientras que otros señalan, que muchos resultados dependen de factores, como las características de los pacientes, que nada tienen que ver con la calidad del proceso.^{11,12}

Los resultados antes mencionados ponen de manifiesto los componentes subjetivo y objetivo de la calidad. Los pacientes se sienten bien tratados (componente subjetivo); sin embargo, desconocen de una serie de acciones, habilidades y conocimientos que deben desarrollar los prestadores en su desempeño profesional para poder demostrar que han brindado un servicio de calidad (componente objetivo).

Ramos Domínguez¹³ expresa que para medir calidad y satisfacer las necesidades de quien se le presta un servicio es necesario conocer las expectativas de las personas a las cuales se le brinda de la forma más humana posible y además, cumplir los reglamentos, normas, así como los procedimientos establecidos, sin lo cual no se podrá lograr la calidad y satisfacción. Es preciso tener en cuenta que la calidad hay que administrarla o dirigirla con un enfoque integral de los resultados y del proceso para poder garantizarla.

En sentido general, el rango de problemas de calidad es suficientemente amplio y variado como para saber, que no hay un método único y definitivo que pueda determinar la calidad de la asistencia médica o de un sistema de salud, y es necesario crear tantos de ellos como sean necesarios, a fin de lograrlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bravo T, García JA, Martín J, Pérez Z, Padrón L. Conceptos básicos de la rehabilitación y generalidades de los agentes físicos. [citado 12 Mar 2010].
2. Arencibia H, Becali Y. Atención al paciente deficiente, discapacitado y minusválido. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Louro Bernal I, Céspedes Lantigua LA, et al. Temas de Medicina General Integral. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008:406-24.
3. República de Nicaragua. Programa Nacional de Rehabilitación. Guía de orientación para implementar rehabilitación de base comunitaria. Managua: Ministerio de Salud; 2008.
4. Marante Hernández MI, Valenti Pérez C, Carmona Gutiérrez A, Martínez Sánchez H. Rehabilitación en la atención primaria. Evaluación del programa en el Policlínico Docente Playa. Rev Cubana Salud Pública. 1995 [citado 12 Mar 2010]; 21(2).
5. Vega García E, Menéndez Jiménez J, Rodríguez Rivera L, Ojeda Hernández M, Cardoso Lunar N, Cascudo Barral N, et al. Atención al adulto mayor. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Martínez Gómez C, Jiménez Acosta S, et al. Medicina General Integral. 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014:156-85.
6. Salas Perea R. Evaluación del desempeño profesional. Educación en salud. Competencia y desempeño profesionales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999:1666-78.
7. Carnota Lauzán O. Garantía de calidad en salud. En: Tecnologías gerenciales. Una oportunidad para los sistemas de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005:171-210.

8. Cardon Centeno NR, Cubillos Novella AF. Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud por indicación de los hospitales del I, II y III nivel de atención. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2003.
9. Gálvez González AM, García Fariñas A, García Rodríguez JF, Ramos Valle I. El balance entre la oferta y la demanda en salud. El caso de los servicios de rehabilitación integral en La Habana, Cuba. 2009-2010. Rev INFODIR. 2011 [citado 12 Dic 2010].
10. Suárez LN. Marketing de salud: calidad de los servicios. Competencia. Determinantes de la calidad. Calidad total. En: Fernández CE, Castell Florit SP. Sistema de capacitación gerencial en salud: selección de temas. La Habana: MINSAP; 2007.p. 222-8.
11. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care Part 2: measuring quality of care. N Engl J Med. 1996; 335(13):966-70.
12. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. Int J Qual Health Care. 2001; 13(6):475-80.
13. Ramos Domínguez BN. Calidad en la atención médica. En: Control de la calidad de la atención en salud. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011:56-71.

Recibido: 10 de diciembre de 2015.

Aprobado: 14 de enero de 2016.

Haydée Revilla Arias. Unidad Presupuestada Asistencial de Salud Pública, Santo Tomás No. 410, entre San Francisco y San Germán, Santiago de Cuba, Cuba.
Correo electrónico: haydee.revilla@medired.scu.sld.cu