



Evaluación de la calidad de la interconsulta en Atención Primaria de Salud.

Evaluation of the quality of the formative second opinion in Primary Health Attention.

Herick Daniel Martínez García,¹ Rafael Claudio Izaguirre Remón,² Heriberto Martínez Suárez,³ José Augusto Pozo Patterson,⁴ Daina Pérez Marín,⁵ Maelemnis Pompa Olive.⁶

1. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente.
2. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular. Investigador Titular.
3. Especialista de 2do grado en Farmacología. Profesor Auxiliar. Master en enfermedades infecciosas.
4. Psicólogo. Profesor Consultante.
5. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente.
6. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor.

Correspondencia: herickd@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Dentro de las formas de organización del trabajo docente asistencial en la APS, la interconsulta que desarrollan los equipos básicos de salud de conjunto con los profesores del grupo básico de trabajo es un espacio de integración de procesos y conocimientos donde, según el nivel de complejidad del problema de salud del individuo, la familia, grupo o colectivo, estos se siguen o resuelven. **Objetivo:** elaborar un instrumento cuanti-cualitativo para evaluar la calidad de la interconsulta que se realiza en la atención primaria de salud, a partir de la construcción de parámetros que unifiquen las funciones básicas de la interconsulta, **Método:** se realizó una investigación de desarrollo cualitativa, mediante tres talleres de socialización con especialistas. **Resultado:** Se integraron las funciones asistenciales, docentes-educativas, administrativas e investigativas con el uso de los documentos rectores en un instrumento que evalúa la calidad de la interconsulta que se realiza en la atención primaria de salud. **Conclusiones:** se elaboró un instrumento cuanti-cualitativo con el uso de una lista de cotejo con escala descriptiva calificada para evaluar la calidad de la interconsulta que realizan los profesores del grupo básico de trabajo en la atención primaria de salud, pionero de su tipo en nuestro país. El instrumento propuesto unifica la evaluación de las funciones básicas de la interconsulta. Se crearon indicadores de calidad en consonancia con los documentos regentes de la especialidad de medicina general

integral. Se constató el valor científico y la pertinencia del instrumento creado, a través del desarrollo de talleres de socialización con especialistas.

Palabras Claves: Interconsulta, Evaluación de servicios de salud, Calidad, Competencia clínica profesional.

ABSTRACT

Introduction: Within the forms of organization of the teaching assistance work in the PHC, the inter-consultation developed by the basic health teams together with the teachers of the basic work group is a space for the integration of processes and knowledge where, according to the level of complexity of the health problem of the individual, family, group or group, these are followed or resolved. **Objective:** to elaborate a quantitative qualitative instrument to evaluate the quality of the interconsultation that is carried out in primary health care, based on the construction of parameters that unify the basic functions of the interconsultation, **Method:** a qualitative development investigation was carried out , through three socialization workshops with specialists. **Result:** The assistance, teaching-educational, administrative and investigative functions were integrated with the use of the guiding documents in an instrument that evaluates the quality of the inter-consultation that is carried out in primary health care. **Conclusions:** a quantitative qualitative instrument was developed with the use of a checklist with a descriptive scale qualified to assess the quality of the inter-consultation conducted by teachers of the basic work group in primary health care, a pioneer of its kind in our country. The proposed instrument unifies the evaluation of the basic functions of the interconsultation. Quality indicators were created in line with the governing documents of the specialty of general comprehensive medicine. The scientific value and relevance of the instrument created was verified through the development of socialization workshops with specialists.

Keywords: Interconsultation, Evaluation of health services, Quality, Professional clinical competence.

INTRODUCCIÓN

Las acciones formativas que se ejecutan en el SNS se basan en el enfoque de Andrade, que supone que la formación de recursos humanos para la salud se ejecute en el mismo escenario en que se prestan los servicios de salud, razón por la cual el sujeto que aprende es un prestador del propio servicio y la educación en el trabajo es su forma esencial de aprendizaje¹. En consecuencia, se hace necesaria la búsqueda de herramientas que faciliten e integren las acciones que se ejecutan en la atención primaria de salud (APS) en aras de facilitar el trabajo docente, asistencial e investigativo que desarrollan profesores y estudiantes, tanto de pregrado como de postgrado.

Dentro de las formas de organización del trabajo docente asistencial en la APS, la interconsulta que desarrollan los equipos básicos de salud de conjunto con los profesores del grupo básico de trabajo es un espacio de integración de procesos y conocimientos donde, según el nivel de complejidad del problema de salud del individuo, la familia, grupo o colectivo, estos se siguen o resuelven.²

La formación de los especialistas de medicina general integral se realiza esencialmente desde el puesto de trabajo, mediante la educación en el trabajo, que en la atención primaria de salud se ejecuta en el consultorio médico de familia, como espacio de interacción entre este médico en formación y la enfermera (o) de la familia, que integran el equipo básico de salud (EBS).^{3,4} La actividad docente de los residentes es conducida por el grupo básico de trabajo (GBT), que está conformado por varios equipos EBS y los especialistas que aportan a su formación, así como también el personal de psicología, estomatología, estadística e higiene y epidemiología, dirigidos por un especialista en Medicina General Integral con categoría docente.³ El claustro de profesores está conformado por especialistas de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Psicología, de los cuales el residente recibe los contenidos de dichas especialidades, que son integrados cognitivamente por el residente en formación, para incorporarlos a sus modos de actuación en la atención integral a los grupos priorizados en los que podemos citar, embarazadas, los recién nacidos, los lactantes, los niños y adolescentes, los adultos mayores y a las situaciones epidemiológicas que se presenten.⁴

Evaluar la calidad de los procesos que se llevan a cabo facilitaría la valoración del personal médico y pacientes usuarios de las prestaciones que se brindan en la APS. La calidad debe abordarse conforme a los principios de la investigación científica, la cual debe tener como premisas esenciales: diseñar un plan, concebir preguntas, formular hipótesis, obtener datos, elaborar conclusiones y justificar el cumplimiento de estas últimas.^{5,6}

En la actualidad no se cuenta con una herramienta que facilite de manera práctica la evaluación de la calidad de la interconsulta en la atención primaria de salud. En consecuencia, la evaluación de la calidad de la interconsulta retroalimentará de manera efectiva el proceso docente asistencial de los residentes de medicina general integral y servirá como método de supervisión a los profesores del grupo básico de trabajo.

Justificación.

En nuestro país se han realizado disímiles estudios que evalúan la calidad de procesos, diagnósticos, servicios de atención primaria y secundaria, así como la calidad de vida del adulto mayor pero no se han publicado hasta el momento estudios que evalúen la calidad de la interconsulta en la atención primaria de salud.

En el año 1986, con relación a la evaluación de la interconsulta, en el manual de evaluación del residente se citan cuatro criterios sobre la pertinencia o no de la interconsulta citada por parte de

los residentes a los profesores del grupo básico de trabajo y si los pacientes han sido correctamente estudiados antes de llegar a ser presentados al interconsultante.⁷

Entre los estudios realizados se destacan los de Parada Hernández y colaboradores (2015), que realizaron la evaluación de la calidad de vida relacionada con salud en pacientes con artritis reumatoide que acudían a tratamiento en el centro de Reumatología.⁸

Con el objetivo de mostrar cómo se aplican los principios y requisitos de la norma NC-ISO 9001 en el postgrado académico, Roque González y colaboradores en 2016, las aplicaron a la gestión de la calidad de un programa de maestría en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso, su logro resultó la implementación y certificación de la norma.⁹

En el mismo año, se publica un trabajo realizado sobre la gestión de la calidad universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García", de la autora Borges Oquendo donde se resuelve, después de un análisis histórico lógico que la calidad se destaca en el trinomio que la incluye junto con la evaluación y la acreditación de procesos universitarios.¹⁰

En Camagüey, Casado Méndez en el año 2016, se llevó a cabo la evaluación de la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en la atención primaria y secundaria. Se concluyó que la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en el nivel primario de atención fue insatisfactoria y que este mejoró en el nivel secundario de atención, los parámetros de efectividad obtenidos no fueron satisfactorios.¹¹

Con el mismo propósito de evaluar la calidad del diagnóstico, han investigado Fuentes Peláez y colaboradores, una serie de pacientes entre los años 1993 y 1999 con tumores malignos; este trabajo aportó que existe un porcentaje de discrepancia diagnóstica clínico-patológica para la causa básica de muerte, no así para la causa directa de muerte en los pacientes con cáncer.¹²

Al parecer motivados con el envejecimiento poblacional que enfrenta nuestra población, investigadores como Álvarez Lauzurique y Pozo Amador publicaron durante el 2018, estudios relacionados con la evaluación de la calidad de atención del adulto mayor en el primer nivel de salud y la atención médica y de enfermería que estos reciben en hogares de ancianos.^{13,14}

En el año 2017, Díaz García ofrece consideraciones teóricas y metodológicas acerca de la evaluación de la calidad de la atención médica en la atención primaria de salud en Cuba, donde concluye que existen un cierto número de publicaciones que tratan dicha temática, no obstante, por la diversidad de tópicos investigados, parece difícil lograr que se generalice un programa de control de calidad en el sistema nacional de salud.¹⁵

En la atención primaria de salud, Pérez Acosta y colaboradores 2019, evaluaron el desempeño del especialista de Medicina General Integral en la atención primaria de salud tomando como base los componentes profesionales.¹⁶

En Colombia se realiza en julio de 2015, una revisión de una serie de revistas indexadas, sobre el uso de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de salud, cuyos resultados abordaron que de 128 artículos revisados, el 28,9% correspondió con salud mental, el 23,4% a

estrategia de APS y relación equipo de salud usuario, el 20,3% a estilos de vida y enfermedades crónicas, y solo el 5,4% estrategia de APS – administración.¹⁷

Estos antecedentes justifican la investigación en la dirección y tema propuesto al denotarse un vacío epistémico para la educación médica superior, ya que no se constata la sistematización de instrumentos de evaluación de la calidad de la interconsulta como forma de organización de la actividad docente asistencial en la APS.

Problema Práctico y científico

No se constata la existencia de un instrumento para la evaluación de la calidad de la interconsulta en la atención primaria de salud, por parte de los profesores del grupo básico de trabajo, lo que afecta el proceso formativo del especialista en medicina general integral (MGI) e influye en la evaluación integral de su desempeño; lo que se expresa en el insuficiente conocimiento de la calidad de la interconsulta en la APS.

¿Cómo diseñar y aplicar un instrumento cuanti-cualitativo para evaluar la calidad de la interconsulta en la atención primaria de salud, por parte de los profesores del grupo básico de trabajo?

Objetivo

Elaborar un instrumento cuanti-cualitativo para evaluar la calidad de la interconsulta que se realiza en la atención primaria de salud, que sirve como proceso formativo a los residentes de medicina general integral, a partir de la construcción de parámetros que unifiquen las funciones básicas de la interconsulta.

MÉTODO

Se realizó una investigación de desarrollo cualitativa, en la que, para dar salida al objetivo propuesto, se realizaron tres talleres de socialización con especialistas, previamente seleccionados.

El taller de socialización con especialistas como el proceso científico presencial e interactivo en el que, mediante la comunicación epistémica entre el investigador y los especialistas seleccionados, se logra el perfeccionamiento de la investigación, por medio del intercambio eficiente de valoraciones científicas.¹⁹

Cada taller propuesto transitó por los siguientes estadios metodológicos: Precisión del objetivo científico-metodológico de cada taller, selección de los especialistas, elaboración y entrega a los especialistas seleccionados de un informe de investigación para su proceso valorativo previo al taller, realización del taller con los especialistas, a partir de los siguientes momentos:

-Sucinta presentación oral por el investigador, propuesta y aprobación de los criterios de análisis para la subsiguiente valoración, debate científico, valoración posterior al acto con los especialistas, por el investigador y su tutore, de los criterios y juicios críticos emitidos en el taller y construcción del informe del Taller de Socialización.

Cada taller de socialización con especialistas tuvo una duración de 60 minutos y se usaron, en su desarrollo, técnicas participativas para lograr el intercambio científico entre el autor y los participantes. Se realizaron con frecuencia mensual haciéndolos coincidir con el espacio de la reunión de profesores que se realiza una vez por mes en nuestro policlínico.

Describiremos lo concerniente a los estadios previo de cada taller realizado y los momentos transitados en la preparación. Luego se precisarán los resultados de cada taller que dan salida al objetivo de nuestra investigación.

Para la realización del primer taller de socialización se propuso el tema de la interconsulta en la Atención Primaria de Salud, documentos rectores de la Atención Primaria de Salud usados durante la interconsulta y la evaluación de competencia y desempeño en el proceso formativo de especialistas de MGI.

Este taller tuvo como objetivo establecer los parámetros sobre los cuales evaluar la calidad de la interconsulta que se realiza en la atención primaria de salud de manera productiva.

Se propuso que el nivel de asimilación sea productivo, pues el tema de la interconsulta es dominado por los especialistas, pero se les propone la situación nueva de evaluar la calidad de está.

Mediante lluvia de ideas se opinó sobre los parámetros propuestos por el autor dando la posibilidad de incorporar nuevos parámetros por los expertos o sustituir los propuestos. Mediante método de ranqueo se destacaron los parámetros en cuanto afectan la calidad de interconsulta, en cuanto a gravedad, vulnerabilidad y coherencia.

El segundo taller de socialización se confeccionó a fin de darle salida al objetivo de aportar, desde la experiencia de los especialistas, sus criterios sobre la construcción y valoración de escalas de cada uno de los parámetros establecidos, en el taller anterior, para la evaluación de la calidad de la interconsulta que se realiza en la atención primaria de salud de manera creativa.

El tema de este taller fue la construcción de escalas para los parámetros seleccionados por el autor y su tutor.

Durante este taller se aumentó el nivel de asimilación para que entre el autor y los especialistas construyesen las escalas necesarias para de manera práctica medir los parámetros antes propuestos a punto de partida de una propuesta presentada por el autor. Las opiniones de los especialistas se tomaron mediante lluvia de ideas.

Por último, se realizó un tercer taller, para valorar la viabilidad o limitaciones del instrumento propuesto para la evaluación de la calidad de la interconsulta que se realiza en la atención primaria de salud de manera productiva.

El tema de este último taller fue la presentación del instrumento creado para medir la calidad de la interconsulta que se realiza en la atención primaria de salud.

Antes de la realización de cada taller, se les brindo a los participantes un informe construido a partir de la bibliografía consultada para poder dar salida al objetivo propuesto. Para los talleres dos y tres los materiales bibliográficos, para garantizar el taller siguiente, fueron brindados al terminar la actividad.

Los talleres fueron subsecuentes entre sí y en las conclusiones de los talleres uno y dos se motivó la siguiente actividad respectivamente.

Posterior a la realización de cada taller se realizó un estudio de las ideas registradas, las sugerencias y recomendaciones para su perfeccionamiento, lo que permitió establecer un resumen de los elementos relevantes que tendrían influencia sobre la investigación.

Se procedió entonces a modificar el instrumento propuesto en función de las sugerencias o críticas aceptadas; se preparó el material para el próximo taller y se consultó por segunda vez con los especialistas para obtener criterios variados sobre los cambios realizados, solicitándoles esta vez concentrar la atención en aspectos específicos.

El policlínico docente Jimmy Hirzel de Bayamo cuenta con tres grupos básicos de trabajo para dar cobertura a más de 60 mil habitantes que se distribuyen en 44 consultorios médicos, donde se forman y laboran 68 residentes de primero y segundo año de la especialidad de medicina general integral.

Los especialistas seleccionados por el autor fueron los decisores ejecutivos y prácticos de la actividad docente asistencial y formativa de especialistas de medicina general integral de nuestro policlínico.

Por ende los especialistas fueron el director, la vicedirectora docente, el vicedirector de asistencia médica acompañados por los profesores y jefes de cada uno de los tres grupos básicos de trabajo de nuestra institución, además la jefa del consejo científico.

Todos los especialistas cuentan con categoría docente y reconocida labor científica a lo largo de su vida laboral que como promedio suman más de 12 años de servicio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Interconsulta.

La evolución de la Atención Primaria de Salud (APS) en nuestro país propició, en el año 2010, la actualización del programa del médico y la enfermera(os) de la familia como modelo de la atención en este nivel. ⁽³⁾ Para contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población, una de las acciones de salud dirigidas al individuo y a las familias es la interconsulta médica.

Gramaticalmente la palabra interconsulta está conformada por el prefijo de origen latino "inter" con el significado entre, en medio y la palabra consulta que entre sus cinco acepciones tiene: 1. petición de información, opinión o consejo sobre una materia determinada, 2. Reunión de dos o más profesionales para tratar un asunto problemático o para tomar alguna decisión.

Asumimos entonces la interconsulta médica la comunicación entre dos profesionales con diferentes áreas de experiencia, que en la APS es una interacción docente-asistencial entre el médico de familia en formación o especialista que requiere asesoría y el especialista de las especialidades básicas del grupo básico de trabajo que la aporta con el objetivo de aumentar el nivel de competencia del médico de familia en la solución de problemas de salud, evitando su derivación al segundo nivel de atención.²⁰

El médico de familia forma parte de un equipo de trabajo multidisciplinario e interdisciplinario, donde se coordinan y realizan las interconsultas de las especialidades básicas: medicina interna, pediatría ginecoobstetricia y psicología. Esta interconsulta también puede realizarse en el hogar del paciente.²¹ La interconsulta logra unificar, a opinión del autor, las funciones del grupo básico de trabajo: asistencial, docente, investigativa y administrativa y lograr una mayor satisfacción del paciente.

Los médicos de familia, como parte de su formación, reciben entrenamiento para coordinar la atención a personas que necesitan del concurso de otros especialistas, y a su vez, debe ser capaz de integrar y guiar su actuación para proporcionar una asistencia óptima.

En la interconsulta se procura la solución de un problema de salud identificado por el médico de familia, o el seguimiento de un paciente de grupo priorizado en conjunto con el especialista, que orienta el seguimiento adecuado del paciente y evalúa el desempeño y competencia del médico desde un punto de vista docente pues incorpora elementos a la formación del residente y especialista de medicina general integral. Los problemas que se identifican en la interconsulta favorecen la investigación dentro de la APS y se logra también el apego por parte del médico de familia a las normas establecidas administrativamente.

En opinión del autor la calidad de la interconsulta va aparejada a su preparación, por parte del residente o médico de familia. Los casos a interconsultar pueden derivar por la orientación de un programa, como ocurre en la atención prenatal y pediátrica como parte del programa materno infantil en nuestro país, la necesidad de un diagnóstico, terapéutica de mayor complejidad o evolución tórpida de un paciente que precise de mayor experticia, lo que puede evidenciarse en nuestro medio en las consultas que se realizan nuestros profesores de medicina interna. La necesidad de un enfoque multidisciplinario también requiere de interconsulta, así lo ameritan los casos de infertilidad que son seguidos en nuestras áreas de salud, donde la guía la recibe el médico de familia de parte de obstetras, pediatras, internistas y psicólogos, así como de cuantos especialistas sean necesarios para abarcar un problema de salud tan versátil como este.²⁰

Cada uno de los casos que se interconsulten deben de ser presentados por parte del equipo básico de salud orientando al especialista sobre una posible conducta a seguir, en base a la historia clínica, los estudios previos realizados, la terapéutica empleada y un diagnóstico probable.

La interconsulta no debe de asumirse por parte del paciente como una falta de experticia del médico de familia, si no como parte de un proceso que garantiza su mejor seguimiento.

En el mundo la interconsulta va aparejada a los adelantos tecnológicos y a la telemedicina, aspiraciones que debe de tener un sistema integral, universal y perfectamente engranado como el nuestro.

Resultados del primer taller de socialización.

En el taller participaron 15 profesores, el director del policlínico, su vicedirector de asistencia médica y docente, los tres jefes de grupo básico de trabajo, y 6 profesores de los grupos básicos de trabajo, además de tres cuadros de atención primaria de salud de nivel municipal y provincial. Un profesor titular, el resto de ellos profesores con categoría docente principal de Asistente.

Una vez realizadas las acciones propuestas para la ejecución de los talleres, emergieron las ideas de los participantes en la actividad a fin de proponer los parámetros por los cuales evaluar la calidad de la interconsulta y aclarar dudas sobre algunos aspectos esenciales, para luego priorizar los parámetros propuestos.

El autor propuso como parámetros para la evaluación de la calidad de la interconsulta el acompañamiento, al profesor interconsultante, por parte del EBS con cada paciente, la presentación adecuada del caso al profesor interconsultante, la calidad de las consultas anteriores según la metodología adecuada con patrones estándares para la consulta aprobados en nuestro sistema nacional de salud y el seguimiento adecuado del paciente según su dispensarización.

Ideas propuestas sobre los parámetros para evaluar la interconsulta.

Incorporar la totalidad de los documentos rectores de la especialidad a la evaluación de la calidad de la interconsulta, precisar el aprovechamiento de la jornada laboral, desde la puntualidad hasta el cumplimiento de la planificación de consultas y terrenos, evaluar la productividad de la interconsulta a partir de los casos citados por el equipo básico de salud, como resultado de la primera parte de este taller se establecen 7 criterios o parámetros que permitirán evaluar la calidad de la interconsulta: Puntualidad y cumplimiento del horario de trabajo, acompañamiento del paciente por parte del equipo básico de salud, calidad en la presentación de casos, calidad, reflejada en la historia clínica individual, de las consultas previas realizadas por el equipo básico de salud, calidad en el seguimiento del paciente según grupo dispensarial evidenciado en tarjeta única y ficha familiar, análisis de la situación de salud, productividad.

En el manual de evaluación del residente de medicina general integral se señalan criterios para evaluar la interconsulta y solo se tienen en cuenta la pertinencia y el estudio previo del paciente.

⁽⁷⁾Nuestro estudio agrega: el trabajo con los documentos rectores y además evalúa los aspectos organizativos a punto de partida de la productividad, el cumplimiento del horario de trabajo y la puntualidad. Además, agrega la presentación de caso, habilidad del especialista en medicina general integral como parámetro.

Evaluamos con nuestros indicadores la competencia profesional que es la capacidad del educando para utilizar el conjunto de conocimientos (saber), habilidades (saber hacer), aptitudes (poder

hacer) y actitudes (querer hacer) desarrollados a través de las actividades educacionales y el aprendizaje significativo previo, para la identificación y solución de los problemas.²²

El perfil profesional del especialista en medicina general integral define cinco funciones básicas: Atención Médica Integral (función rectora), Docente-Educativa, Administración, Investigación y Especiales,²³ que con los criterios planteados podemos evaluar sin dificultad.

Nuestros indicadores están en consonancia con los expresados por Pérez Acosta y colaboradores al determinar los indicadores para la evaluación del desempeño del especialista de medicina general integral en la atención primaria de salud y es que la interconsulta es un espacio donde se reúnen las habilidades en la comunicación, la entrevista clínica en la relación médico-paciente, la aplicación del método clínico y la atención al individuo.²⁴

En el reglamento general de policlínicos emitido por nuestro ministerio en el 2018, el capítulo IV, se define la calidad de los servicios de salud,²⁵ y se dictan los principios por los que se rige la calidad. Los indicadores propuestos en nuestra tesis se ven amparados legalmente en este reglamento.

Propiciamos que la evaluación de la calidad de la interconsulta parta desde la puntualidad y cumplimiento de la planificación de la interconsulta, que previamente realizará el equipo básico de salud, reflejado en el cumplimiento del horario laboral. Se recoge en el Artículo 44 del reglamento general de policlínicos, como deber y derecho de los estudiantes según el programa de formación profesional, en nuestro caso el del residente de medicina general integral.²⁵

Los indicadores propuestos están en consonancia con las funciones de los profesores, expresadas en el manual de organización del GBT y facilitan la evaluación concurrente del residente además del control administrativo.²⁶

En tesis realizada en la Universidad Nacional de San Martín, en Perú, Ushiñahua Falcon, propone una investigación cualitativa, desde el enfoque fenomenológico, en usuarios de un centro de salud y precisa el cumplimiento de del horario laboral y la puntualidad del personal de salud como un estándar dentro de su estudio.²⁷

El cumplimiento del horario laboral aparejado a la productividad fundamenta las bases de la calidad de la interconsulta.²⁵

A opinión del autor y de los especialistas que acudieron a este taller de socialización esta planificación, para garantizar la productividad, debe de nacer de la dispenzarización adecuada, el conocimiento de los programas priorizados de nuestro sistema de salud y la aplicación de protocolos de actuación de las distintas especialidades.

Una productividad adecuada de la interconsulta garantiza la atención de calidad eficiente de la población a cargo del equipo básico de salud, midiendo por tanto la eficiencia de los residentes como futuros especialistas en medicina general integral, este criterio se refuerza en el estudio realizado por Nigenda y colaboradores en México.²⁸ En este estudio, la productividad, constituye un indicador de calidad del para medir la eficiencia de los recursos humanos en salud.

El acompañamiento por parte del equipo básico de salud se define como la presencia de este durante la interconsulta lo que garantiza el componente docente de la interconsulta y la modificación de patrones inadecuados durante la consulta médica, pues el residente será capaz de apropiarse de técnicas y patrones de los profesores interconsultantes, algo esencial de la educación en el trabajo.

La presentación adecuada de caso es aquella que hace referencia a una historia de enfermedad actual completa, que incluye historia biopsicosocial y familiar del paciente, impresiones diagnósticas, riesgos, complementarios interpretados y conducta seguida hasta el momento.

En este momento de la interconsulta el residente expone sus conocimientos mediante la comunicación científica y la aplicación del método clínico, lo que se convierte en objeto de evaluación concurrente por parte de profesor

Al referirnos a "calidad adecuada, reflejada en la historia clínica individual, de las consultas previas realizadas por el equipo básico de salud" propiciamos que el profesor realice la evaluación de la calidad con que se aplica la metodología para cada consulta y se considera adecuada la que cumple con los patrones aceptados y propuestos, presenta fecha y hora, antecedentes personales y familiares detallados, evaluación nutricional, examen físico completo con calidad y haciendo énfasis en aparatos afectos, indicaciones médicas acorde con diagnósticos establecidos, uso de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos según protocolos y recoge las acciones preventivas realizadas según programas. Nuestro parámetro coincide con la revisión retrospectiva, citada en el manual de procedimientos del GBT, para evaluar calidad de la consulta.

26

La calidad en el seguimiento del paciente según grupo dispensarial evidenciado en tarjeta única y ficha familiar permite evaluar por parte del profesor el uso de estos dos documentos rectores de la especialidad.

Se debe tener en cuenta el grupo dispensarial y si se realizan el número de consultas y terrenos establecidos para cada caso. Para el caso de lactantes y embarazadas se seguirá lo establecido por el Programa Materno Infantil de acuerdo al riesgo establecido de cada paciente.

Se asume como indicador de calidad para la interconsulta, el uso del análisis de la situación de salud para la modificación del estado de salud de la comunidad. El profesor evaluará si el residente cuenta con el documento, existe seguimiento al plan de acción (trimestral) y si se evidencia la participación comunitaria.

Al aplicar el método de ranqueo a los parámetros establecidos, se busca determinar cuál o cuáles de ellos influyen más en la calidad de la interconsulta en cuanto a gravedad, cuán grave es su no ejecución para la calidad de la interconsulta, vulnerabilidad, cuán modificable es el error que se produce en el parámetro señalado y coherencia con la evaluación de la calidad de la interconsulta.

La tabla 1 nos orienta al respecto, así aplicado el método a nuestra investigación, por tanto, el objetivo de aplicar esta técnica, aunque se desliga de su origen, nos facilita establecer la importancia de cada parámetro para la evaluación de la calidad de la interconsulta.

Señalamos que cada especialista participante reconoció que 6 de los 7 criterios escogidos para evaluar la calidad de la interconsulta presentan una alta coherencia con el objetivo propuesto. Solo el criterio del análisis de la situación de salud no fue señalado como tal, pero si se coincide que su manejo constante propicia las bases del trabajo en el área de salud.

A opinión de nuestros especialistas, la calidad de la interconsulta que se realiza en la atención primaria de salud, se puede afectar más por la no puntualidad y no cumplimiento del horario de trabajo, el no acompañamiento de médico y enfermera de la familia al paciente, la no presentación adecuada del caso y la productividad, que por los aspectos relacionados con el uso de los documentos rectores, aunque estos determinan y evidencian el trabajo del médico y enfermera de la familia.

Al analizar la vulnerabilidad señalada por los especialistas podemos determinar cómo se puede mejorar la calidad de la interconsulta al trabajar con los errores que a su juicio más afectan su ejecución y aquí se hace referencia a que el trabajo con los documentos rectores perfeccionaría la atención de nuestros pacientes y garantizaría mayor calidad a la interconsulta.

Tabla 1. Priorización de los criterios para la evaluación de la calidad de la interconsulta.

Criterio	Gravedad	Vulnerabilidad	Coherencia
Puntualidad y cumplimiento del horario de trabajo	2	2	2
Acompañamiento del paciente por parte del equipo básico de salud	2	1	2
Calidad en la presentación de casos.	2	2	2
Calidad, reflejada en la historia clínica individual, de las consultas previas realizadas por el equipo básico de salud.	1	2	2
Calidad en el seguimiento del paciente según grupo dispensarial evidenciado en tarjeta única y ficha familiar.	1	2	2
Análisis de la situación de salud.	1	1	1
Productividad.	2	2	2

Resultados del segundo taller de socialización.

En consonancia con los indicadores propuestos a continuación presentamos las escalas propuestas por los especialistas y aprobadas por el autor durante el segundo taller de socialización para evaluar la calidad de la interconsulta mediante una lista de cotejo con puntuación que se alcanza

con escala descriptiva, para minimizar la subjetividad, siendo las más recomendables según Morán Barrios.²⁹

Para evaluar el indicador: "Puntualidad y cumplimiento del horario de trabajo", se decide evaluar si el residente: Es puntual y cumple lo planificado en pancarta informativa, es puntual y no cumple lo planificado en pancarta informativa, no es puntual y cumple lo planificado en pancarta informativa, no es puntual y no cumple lo planificado en pancarta informativa.

Cada aspecto señalado se califica ofreciendo 5 puntos a la primera posibilidad, 0 puntos a la segunda y cuarta posibilidad y 2 puntos a la tercera.

El indicador: "Acompañamiento del paciente por parte del equipo básico de salud" se evalúa tomando en cuenta el número de consultas en la que está presente el equipo básico de salud: Participa en todas las interconsultas con cada uno de los pacientes, participa en la interconsulta de la mitad o más los pacientes, participa en la interconsulta de menos de la mitad de los pacientes, no participa en ninguna interconsulta.

Se califica con 5 puntos la primera posibilidad, con 3 puntos la segunda, con 2, la tercera y con 0 puntos la última posibilidad.

Algo similar se realiza con el indicador: "Calidad en la presentación de casos" que se evalúa con la aplicación de las siguientes condiciones: Presenta adecuadamente los casos de cada uno de los pacientes interconsultados, presenta adecuadamente los casos de la mitad o más los pacientes interconsultados, presenta adecuadamente los casos de menos de la mitad de los pacientes interconsultados, no presenta adecuadamente ningún paciente interconsultado.

También se evalúan de igual forma los indicadores "Calidad, reflejada en la historia clínica individual, de las consultas previas realizadas por el equipo básico de salud" y "Calidad en el seguimiento del paciente según grupo dispensarial evidenciado en tarjeta única y ficha familiar"

Para el primero se usan los siguientes criterios, propiciando la revisión de la historia clínica individual por parte del profesor: Calidad adecuada de cada una de las historias clínicas de los pacientes interconsultados, calidad adecuada de la mitad o más de las historias clínicas de los pacientes interconsultados, calidad adecuada en menos de la mitad de las historias clínicas de los pacientes interconsultados, no presenta calidad adecuada en ninguna historia clínica.

En el siguiente, ya referido anteriormente, el profesor evaluara el uso de historia clínica individual y la tarjeta única por parte del residente, precisando si existe: Calidad adecuada de todas las fichas familiares y tarjetas únicas de cada paciente interconsultado, calidad adecuada de la mitad o más de las fichas familiares y tarjetas únicas de los pacientes interconsultados, calidad adecuada en menos de la mitad de las fichas familiares y tarjetas únicas de los pacientes interconsultados, no presenta calidad adecuada en ninguna ficha familiar y tarjeta única.

Para evaluar la calidad del indicador "Análisis de la situación de salud" se decide tomar en cuenta lo siguiente: Actualizado: con los requerimientos metodológicos propios de su ejecución y

discutido con los decisores de la comunidad, con seguimiento trimestral del plan de acción y no actualizado.

Se ofrece 5 puntos a la primera posibilidad y 0 puntos a la segunda, pues se considera un documento de vital importancia para el trabajo del médico y enfermera de la familia y su repercusión en el impacto de la salud de la población.

El indicador "Productividad" se decide evaluar en dependencia del total de casos vistos en productiva o no productiva con dos posibilidades y depende de la ubicación del consultorio médico, urbano o rural el número establecido de interconsultas. 12 o más casos vistos en CMF rural y 15 o más casos vistos en CMF urbano y menos de 12 casos vistos en CMF rural y menos de 15 casos vistos en CMF urbano.

Se ofrece 5 puntos a la primera posibilidad y 0 puntos a la segunda.

A manera de resumen se desglosan la cantidad de casos vistos en: puericultura I, puericultura II, puericultura III, puericultura IV, crónicas de la infancia, riesgo reproductivo preconcepcional, obstetricia, puérperas, ginecología, enfermedades cónicas no transmisibles, psicología. Se precisa también si el paciente acude por planificación realizada por el equipo básico de salud o por demanda espontánea.

Después de aplicada la lista de cotejo se suman los puntos alcanzados en cada parámetro evaluado y se establecen dos posibilidades, interconsulta con calidad adecuada la que alcanza entre 35 y 29 puntos, e interconsulta sin calidad adecuada con menos de 29 puntos.

Resultados del tercer taller de socialización.

En este taller se presentó por parte del autor el instrumento para evaluar la calidad de la interconsulta en la atención primaria de salud. Anexo 1.

El instrumento creado se usará en cada interconsulta por parte del profesor del grupo básico de trabajo para realizar la evaluación del residente de medicina general integral, se decide por parte de los directivos de la unidad su aplicación en nuestro policlínico como parte de proyecto de investigación aprobado por consejo científico al efecto.

Se logró integrar las funciones asistenciales, docentes-educativas, administrativas e investigativas, con el uso de los documentos rectores en un instrumento que evalúa la calidad de una actividad vital en la atención primaria de salud.

El instrumento cuenta con cuatro partes distribuidas en dos páginas. Una primera parte donde se coloca el nombre del profesor (evaluador) y el nombre del médico (evaluado), además de precisar el consultorio médico de familia.

La segunda parte es la principal y se desarrolla en si el proceso de evaluación de la calidad de la interconsulta mediante una lista de cotejo con escala descriptiva.

Posteriormente se ofrece el instructivo para la calificación de los parámetros y con esto se completa el anverso de la primera página del instrumento.

La última parte del instrumento se deja para que el profesor describa las principales deficiencias encontradas durante la interconsulta y trace el plan de acción. Al final firman ambos como constancia de lo establecido.

Sobre el valor de la propuesta opinaron los especialistas:

El instrumento es pertinente, en virtud de que responde a las exigencias y demandas que se hacen actualmente en materia de formación del especialista de medicina general integral y, a su vez, a imperativos que se han hecho en este sentido y han sido propugnados a nivel de organismos nacionales que regentan la educación superior y la asistencia médica.

La actualidad del instrumento para los profesionales médicos desde la labor asistencial y administrativa reviste tal significación, ya que se garantiza el aprovechamiento de la educación en el trabajo del residente en medicina general integral.

Exposiciones realizadas por los participantes remarcaron la novedad científica del instrumento presentada. Esto se demuestra por las declaraciones que se hicieron de algunas opiniones que estimaban en alto grado los componentes presentados, sus relaciones encontradas y su argumentación correspondiente.

Es conveniente anotar la apreciación en el grupo de especialistas de que la propuesta está en correspondencia directa con el problema científico identificado, su posibilidad en el mejoramiento profesional y humano del futuro especialista en medicina general integral y la transformación en positivo del estado de salud de la población.

Se reconoce en los participantes del taller una comprensión de los propósitos de la propuesta teórica y práctica de la investigación y se revelan criterios consensuales sobre la no existencia de un divorcio entre el proceso formativo pedagógico del profesional médico y las necesidades identificadas en el sector y la sociedad.

La estrategia propuesta es viable en la medida que puede posibilitar en los profesionales médicos el crecimiento en lo personal y lo profesional. Esta posibilidad permitiría el vínculo entre la teoría y la práctica, en función del mejoramiento del desempeño profesional; todo lo que se realiza en escenarios reales se logra con mayor efectividad, o lo que es lo mismo desde y para la práctica.

Sobre las sugerencias brindadas:

Analizar los posibles subsistemas que emanen de las relaciones no abordadas y que se establecen con los usuarios del sistema de salud.

CONCLUSIONES

- Se elaboró un instrumento cuanti-cualitativo con el uso de una lista de cotejo con escala descriptiva calificada para evaluar la calidad de la interconsulta que realizan los profesores del grupo básico de trabajo en la atención primaria de salud, pionero de su tipo en nuestro país.
- El instrumento propuesto unifica la evaluación de las funciones básicas de la interconsulta.

- Se crearon indicadores de calidad en consonancia con los documentos regentes de la especialidad de medicina general integral.
- Se constató el valor científico y la pertinencia del instrumento creado, a través del desarrollo de talleres de socialización con especialistas.

RECOMENDACIONES

- Aplicar el instrumento creado para la evaluación docente-educativa y administrativa del residente en medicina general integral.
- Evaluar la eficacia del uso del instrumento al compáralo con el método tradicional supervisión que realiza el profesor durante la interconsulta en la atención primaria de salud y la valoración de los pacientes sobre la satisfacción de la atención recibida.
- Sistematizar la aplicación del instrumento para contribuir al proceso de perfeccionamiento de las habilidades que deben poseer los especialistas de medicina general integral para cumplir con las funciones que establece el modelo del profesional médico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas Ochoa F. Salud Pública Medicina social. La Habana: Ciencias Médicas; 2009.
2. Ramos Hernández R, Díaz Díaz A, Valcárcel Izquierdo , Ramírez Hernández BM. Las competencias profesionales específicas en la formación de los especialistas en Medicina General Integral. Educación Médica Superior. 2018 Marzo; 32(1): p. 130-140. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000100013&lng=es
3. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa del Médico y Enfermera(os) de la familia. Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
4. Lemus Lago ER. Correspondencia entre teoría y práctica de la formación del especialista de Medicina General Integral. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Educación Médica. La Habana.: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.; 2014.
5. Santos Peña M, de Pazos Carrazana J. La gestión de la calidad en las instituciones de salud. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2009; 7(5).
6. Torres Samuel M, Vásquez Stanescu L. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: Caracterización y análisis. Compendium. 2015 diciembre;(35).
7. Oubiña Rodríguez J, Pérez Carballás F, Rigol Ricardo O, Perea Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal J. Manual de evaluación del residente. Primera versión ed. La Habana: Ciencias Médicas; 1986.
8. Parada Hernández M, Hernández Torres C, Gómez Morejón A. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Revista cubana de Reumatología. 2015 Abril; 17(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000100008&lng=es

9. Roque González R, Guerra Bretaña R, Escobar A. Aplicación de un sistema de gestión de la calidad NC-ISO 9001 a la dirección del posgrado académico. Educación Médica Superior. 2016; 30(3).
10. Borges Oquendo Lourdes de la C, Rubio Olivares DY, Pichs García LA. Gestión de la calidad universitaria en la Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". Educación Médica Superior. 2016 julio; 30(3). [citado 2019 Abr 08] ; 30(3): 580-590. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412016000300011&lng=es
11. Casado Méndez PR, Peña Rosa Y, Reyna Aguilar MM, Méndez López HA, Remón Elias M. Evaluación de la Calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en la atención primaria y secundaria de salud. Archivo Médico Camagüey. 2016; 20(1). Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4005>
12. Fuentes Peláez A, Andalia Ricardo E, Hurtado de Mendoza AJ, Jiménez Hernández J. Tumores Malignos. Evaluación de la calidad de los diagnósticos premortem. 1993-1999. Información Científica. 2018; 97(6). Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2151>
13. Álvarez Lauzarique ME, Veá Bayarre H, Pérez Piñeiro J. Evaluación de la calidad de la atención al adulto mayor en el primer nivel de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2018; 34(2). Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/671>
14. Pozo Amador LM, Casanova Moreno M, González González G. Evaluación de la calidad de la atención en salud y enfermería en un Hogar de Ancianos. Revista cubana de Enfermería. 2018; 34(2). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2780>
15. Díaz García K. La evaluación de la calidad de la atención en salud en la atención primaria de salud, Cuba. Monografías.com. 2017.
16. Pérez Acosta M, García Duménigo G, Martínez Rodríguez I. La Evaluación del desempeño del especialista de Medicina General Integral en la Atención Primaria de Salud desde la dimensión componentes profesionales. Panorama. Cuba y Salud. 2019; 13(1 Especial.). Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/1002>
17. Vélez Álvarez C, Giraldo Osorio A. Instrumentos para la evaluación de la atención primaria de salud: una revisión narrativa. Enfermería Global. 2015 julio; 14(39): p. 328-341. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-1412015000300016&lng=es
18. Partido Comunista de Cuba. Informe al VII Congreso del Partido Comunista de Cuba. Capítulo VI Política Social. Lineamientos 126 al 133. 2011. Aprobado el 18 de mayo de 2017 y respaldado por la Asamblea Nacional del poder Popular el 1 de junio de 2017. Página 27.
19. Matos Hernández EC, Cruz Rizo L. El taller de socialización y la valoración científica en las ciencias pedagógicas. Transformación. 2012.

20. Fernández Sacasas J, Perea Corral J, Díaz Novás J. La consulta del médico de la familia para el diagnóstico y seguimiento del individuo y la familia. *Revista cubana de Medicina General Integral*. 1987 Mar; 4: p. 43-50.
21. Álvarez Sintés R. *Medicina General Integral La Habana: Ciencias Médicas*; 2014.
22. Vidal Ledo J, Salas Perea RS, Fernández Oliva B, García Meriño AL. Educación basada en competencias.. *Educación Médica superior*. 2016 enero; 30(1).
23. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección Nacional de Docencia. Plan de estudio y programa de especialidad Medicina General Integral. 2018.
24. Pérez Acosta M, García Duménigo G, Martínez Rodríguez I. La evaluación del desempeño del especialista de Medicina General Integral en la Atención Primaria de Salud desde la dimensión componentes profesionales. *Panorama Cuba y Salud*. 2018; 13(Especial).
25. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Reglamento general de policlínicos. La Habana: Ciencias Médicas; 2018.
26. Soto Entenza ME, López Lima CA, Muñiz Roque AM, Durán Morales T, Leiseca Quiroga N, Fernández Corona B, et al. Manual de organización del GBT. La Habana; 2018.
27. Falcon, Ushiñahua, Max Litto, and Cayo SangamaSangama. "Percepción del usuario respecto al cumplimiento de estándares de comportamiento del personal asistencial en la atención de los servicios de salud del Centro de Salud Morales, periodo febrero-agosto 2017." (2018). Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2601>
28. Nigenda, Gustavo, et al. "Eficiencia de los recursos humanos en salud: una aproximación a su análisis en México." *Salud pública de México* 58 (2016): 533-542. Disponible en https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342016000500533&script=sci_arttext&tlng=en
29. Morán-Barrios J. La evaluación del desempeño de las competencias en la práctica clínica. 2.a parte: tipos de formularios, diseño, errores en su uso, principios y planificación de la evaluación. *Educación Médica*. 2017; 18(1).