

METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS CASOS DE ADULTOS FALLECIDOS EN EL NIVEL PRIMARIO DE SALUD

Justo Senado Dumoy¹

RESUMEN: Con el propósito de satisfacer la necesidad pedagógica determinada por la inexistencia de una metodología, para el adecuado cumplimiento de las reuniones docentes de "Discusión de Fallecidos Adultos", lo cual repercute negativamente en la formación docente-educativa de los profesionales en el nivel primario de salud y en la calidad de los servicios que prestan a la población que atienden, desarrollamos una investigación en el Policlínico Docente "13 de Marzo", donde aplicamos una "Metodología para el Análisis en el Nivel Primario de Salud de Casos Adultos Fallecidos" en un total de 30 de estas reuniones docentes para organizar y conducir el desarrollo de estas actividades y evaluar la competencia y el desempeño de los profesionales. Esta metodología estimuló la realización y sistematización de estas reuniones y contribuyó a elevar la calidad y por tanto su eficiencia. Por su integralidad, su objetividad y su contribución al desarrollo del pensamiento científico y la aplicación del método clínico y de los principios didácticos, la metodología que proponemos se presenta como un valioso instrumento para la docencia, la asistencia médica y la investigación y como un complemento del sistema evaluativo en Medicina General Integral; en síntesis: un instrumento para el perfeccionamiento de la competencia y el desempeño de los profesionales.

Descriptores DeCS: ATENCION PRIMARIA DE SALUD/métodos; ANALISIS Y DESEMPEÑO DE TAREAS; COMPETENCIA CLINICA; CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD; MORTALIDAD.

La Educación en el Trabajo adquiere una importancia relevante entre las formas de organización de la enseñanza puestas en práctica en la formación del especialista de Medicina General Integral, donde constituyen objeto de estudio-trabajo: el individuo, la familia y la comunidad. Con el propósito de conservar y mejorar su estado de

salud y una de sus formas de expresión es la reunión docente de Presentación y Discusión Diagnóstica que tiene como objetivo estimular en los profesionales el desarrollo de los raciocinios necesarios para integrar y evaluar los datos encontrados en la anamnesis, el examen físico y los exámenes complementarios a la luz de los

¹ Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García".

conocimientos teóricos y la información pertinente, y llegar a un juicio de tipo diagnóstico que le permita establecer o evaluar el plan terapéutico y los juicios pronósticos o retroactivos correspondientes, enmarcando dentro de un proceso y una estrategia lógicos del pensamiento, a un enfermo en el contexto de su estado de salud.

Dentro de sus modalidades se ubica la Reunión Clínico-Patológica, que debe dar respuesta a objetivos docentes de la asignatura, previamente establecidos, cumple objetivos relacionados con el diagnóstico y análisis de la evolución clínica y terapéutica seguidos con un paciente, y los resultados obtenidos en los estudios anatomopatológicos diagnósticos, lo cual permite la imprescindible retroalimentación al pensamiento clínico, pudiendo tratarse de un caso post-mortem. Su evaluación debe tener en cuenta la habilidad del estudiante para emplear los procedimientos lógicos del pensamiento científico, sin limitarse solamente a los diagnósticos finales (artículos 49, 51 y 53 del Reglamento para la Organización del Proceso Docente-Educativo en los Centros de Educación Médica Superior, de 1988, vigente aún).

A pesar de la orientación de que se realice en los policlínicos la reunión docente de Análisis de Casos Fallecidos Adultos, no existe hasta el momento una metodología adecuada que facilite el logro del objetivo pedagógico de esta actividad docente. Estamos entonces ante un problema pedagógico, pues el incumplimiento o mal cumplimiento de dicha actividad docente repercutirá negativamente en el proceso de enseñanza-aprendizaje, en la información docente educativa del futuro especialista, y en su proyección hacia el sector poblacional cuya atención médica estará bajo su responsabilidad, y habrá también una repercusión negativa en la calidad de los servicios de salud ofrecidos por este

profesional. Es decir, la falta de una metodología adecuada influye negativamente en la calidad de los servicios en el nivel primario de salud.

El análisis de la salud y el estado de la situación de salud han tenido una evolución paralela, pero se le ha dado mayor énfasis a la situación que a su análisis, y es por eso que se ha puesto mayor interés en describir y cuantificar las enfermedades, que en mostrar herramientas útiles para su abordaje.¹ La muerte como destino final e inevitable del hombre, trasciende más allá de un mero hecho biológico, pues trae consigo importantes repercusiones desde los puntos de vista antropológico, moral, social, filosófico, religioso, etc. (Machado C. Una nueva definición de la muerte humana. Cuadernos de información y debate. Instituto de Neurología y Neurocirugía. CUCAIBA. Centro Unido Coordinador de Ablación e Implante. Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 1994, p 5).

En la actividad laboral que desarrolla el egresado de cualquier especialidad, obviamente se pone de manifiesto en alguna medida la preparación que él adquirió dentro del sistema educacional que le otorgó determinada calificación para desarrollar su tarea.² La aptitud o capacidad para desarrollar de forma idónea esa actividad o tarea, o sea, lo que el profesional debe saber y saber hacer, es a lo que se le llama competencia,³ y a la capacidad para desarrollar completamente los deberes u obligaciones inherentes a su cargo o responsabilidad, es decir, la conducta, la aptitud del profesional durante su participación en las actividades o tareas de su profesión se le llama desempeño. Esta es una categoría que constituye el centro del proceso de atención médica, pues garantiza el cumplimiento de todo el proceso técnico e interpersonal, incluyendo la aplicación de la tecnología

necesaria y disponible y la adecuada interpretación de sus resultados, lo que se expresa en términos de eficiencia diagnóstica y terapéutica.

Nuestro sistema nacional de salud tiene como base de su organización el nivel primario de atención a través del programa del Médico y la Enfermera de la Familia, y su estrategia de desarrollo exige el perfeccionamiento de la atención primaria de salud para dar respuesta a los requerimientos de la salud pública contemporánea. Este Médico de Familia, profesional dotado de potencialidades transformadoras de los estilos de vida, formador de cultura sanitaria, capaz de detectar y orientar el enfrentamiento a los factores de riesgo, dispone de conocimientos y enfoques clínico-epidemiológicos, sociales y administrativos, que le permiten una proyección biopsicosocial hacia el individuo, la familia y la comunidad, con resultados traducidos en accesibilidad, aceptabilidad, integridad y equidad.²⁻⁵

Por ello, las necesidades de aprendizaje o de adiestramiento conducen a la búsqueda de solución pedagógica capacitante para lograr la transformación cualitativa de los servicios de salud, y el monitoreo de la competencia y el desempeño de los profesionales de la salud tiene implicaciones estratégicas, pues progresivamente genera nuevas demandas y acciones capacitantes, al tiempo que orienta el reordenamiento constante de la formación de recursos humanos (Riemont ER, Hernández H, Rojo N, Otero J. Evaluación del desempeño profesional a graduados de la maestría en Atención Primaria de Salud. Cuba. 1993-1995. Trabajo de curso para optar por el título de Máster en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud Pública. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Facultad de Salud Pública. Págs. 3-4 y 24-25. Ciudad de La Habana, 1996).

De lo dicho hasta aquí es preciso definir 2 situaciones:

Por una parte, la muerte, cuyo análisis evidencia necesidades de competencia y desempeño de los profesionales de la salud, quienes en su práctica diaria tratan incesantemente de evitar su ocurrencia; y por otra parte, el proceso docente-educativo, que forma y capacita estos profesionales, para integrar eficientemente el sistema nacional de salud y que se nutre, se retroalimenta, se fortalece, con las nuevas experiencias que resultan de cada ocasión en que se analiza científicamente un caso que falleció, una vida que se perdió.

Por tanto, el análisis de un caso fallecido con una metodología adecuada, pudiera resultar una valiosa oportunidad para integrar estas 2 situaciones mencionadas: ¿qué necesidades de competencia y desempeño se detectaron?, ¿cuál es la estrategia docente-educativa para superarlas?

Proponemos una metodología, que por su objetividad, su aplicabilidad en el nivel primario de salud y su posibilidad de utilización generalizada y sistemática, supera los beneficios de otras orientadas actualmente, como instrumento para el perfeccionamiento de la competencia y el desempeño de los profesionales, que favorece el adecuado desarrollo de estas reuniones docentes, el control estadístico y la investigación, y contribuye al mejoramiento de la atención al adulto.

Al confeccionar esta metodología, hemos tenido en cuenta los siguientes aspectos que pudiéramos llamar "ingredientes": atiende factores que afectan la salud; tiene en cuenta al individuo, la familia y la comunidad; integra aspectos preventivo-curativos, psicológicos y sociales, e individuales y ambientales; tiene en cuenta los pilares del trabajo en atención primaria de salud como son la promoción de salud, prevención y curación de enfermedades y rehabilitación

de enfermos; contribuye al desarrollo del pensamiento científico; orienta y guía la aplicación del método científico; estimula la relación interniveles de salud; integra la discusión con la evaluación; integra el proceso salud-enfermedad con el proceso de enseñanza-aprendizaje; permite la observación de los principios didácticos; contribuye al adiestramiento en el llenado del certificado de defunción; ofrece un documento de utilidad estadística; facilita la autoevaluación y la evaluación colectiva; y por último, ofrece un instrumento para medir la eficiencia de los servicios de salud en el nivel primario de atención.

Esta metodología fue presentada por primera vez en 1994, después de procesar los resultados del análisis en los policlínicos del municipio Habana del Este, de 14 casos fallecidos analizados durante 1993.⁶ En una segunda etapa se hizo un estudio más amplio, procesando los resultados del análisis de 60 casos adultos fallecidos analizados en estos policlínicos en el período de un año (entre 1995 y 1996); pero pensamos que independientemente de sus aciertos, esta metodología debe perfeccionarse para lograr resultados de mayor calidad, y por ello en esta oportunidad nos disponemos a presentar nuestra experiencia con su aplicación en la tercera fase de nuestra investigación, con el propósito de mostrar sus beneficios y lograr su validación.

Nos trazamos como objetivo validar una metodología para el análisis de los casos de adultos fallecidos, que sea útil como instrumento docente-educativo del personal de pregrado y postgrado que labora en el plan del Médico de la Familia.

Métodos

Se aplicó nuestra metodología en un total de 30 reuniones docentes de Discu-

sión de Fallecidos Adultos en el Policlínico Docente "13 de Marzo" del municipio Habana del Este realizadas por los grupos básicos de trabajo en el tiempo que comprenden 18 meses, dividido en 2 períodos: el primero, de enero a junio de 1998 y el segundo, en los meses de noviembre de 1998 y de marzo a julio de 1999 (6 meses cada uno).

Al final de cada reunión los jefes de grupos básicos de trabajo, entregaban a la vicedirectora de asistencia médica la metodología en cuestión con los datos recogidos. La información recibida permitió evaluar la calidad de la atención brindada en cada uno de los casos mediante la aplicación de un sistema evaluativo destinado para este propósito (anexo 1). Estos datos fueron luego analizados y expresados porcentualmente.

Nuestro instrumento metodológico fue sometido a la consideración de 30 expertos, 10 de ellos en representación de los profesionales (residentes y especialistas) que protagonizaron esta investigación, atendiendo a su asistencia y participación en estas reuniones (grupo de los ejecutores); otros 10 representando al personal administrativo y docente que conduce y evalúa acorde con sus requerimientos (directores, vicedirectores, especialistas de medicina interna y jefes de grupos básicos de trabajo) de los centros de nuestro municipio con experiencia en esta actividad docente y en la aplicación de nuestra metodología (grupo de los evaluadores); y finalmente otros 10, en representación de profesionales de niveles superiores con conocimientos y experiencia del desenvolvimiento docente asistencial en el nivel primario de atención (docentes, administrativos, metodólogos e investigadores) de distintas facultades de ciencias médicas, así como prestigiosos centros docente-asistenciales de nuestra provincia Ciudad de La Habana (grupo de

los observadores). A todos se les aplicó un cuestionario para evaluar cada uno de los 16 ítems de la metodología propuesta (anexo 2), atendiendo a los criterios evaluativos señalados, con una puntuación de *mucho*: 3 puntos, *poco*: 2 puntos y *nada*: 1 punto (anexo 3). Estos datos fueron luego analizados porcentualmente según la participación de expertos por criterios, y de ítems por criterios, definiendo así la validez del documento.

Finalmente tuvimos en cuenta las sugerencias de los expertos para mejorar la calidad del documento y luego una comisión municipal evaluativa certificó las modificaciones realizadas y dio su aprobación final para su utilización oficial. Este documento se muestra en el anexo 4.

También se hizo un análisis estadístico con el propósito de demostrar la superación pedagógica lograda del primero al segundo períodos, comparando los resultados cualitativos de la evaluación de la información recibida en cada uno de los ítems (catalogados de bien, regular y mal) del primer período, comparado con su homólogo del segundo período, para lo cual utilizamos las pruebas no paramétricas de X^2 y exacta de Fisher, con un nivel de significación prefijado para controlar la probabilidad de señalar diferencias de $\alpha = 0,05$.

Resultados

Luego de la aplicación de nuestro instrumento metodológico, se facilitó el conocimiento de características individuales de los miembros de la población atendida, que constituyen factores de interés en el análisis del proceso salud-enfermedad, como son los predomios de edad (50-59 años, 33,3 %), sexo (masculino 53,3 %), color de la piel (blanco 53,3 %), estado civil (casa-

dos 50 %) y ocupación (jubilados y amas de casa 50 %).

Igualmente, posibilitó la evaluación de la atención brindada en vida a esas personas (en 73,3 % la evaluación fue de mal) y permitió detectar deficiencias teórico-prácticas en relación con: motivo de consulta, interrogatorio, examen físico, utilización de interconsultas y medios diagnósticos, y las acciones de salud.

Hay que señalar también que se estimuló la reflexión sobre la relación médico-paciente y la necesaria correspondencia entre la categoría dispensarial y la frecuencia de los encuentros (93,3 % clasificados dispensarialmente, en un 36,6 % los encuentros no se produjeron con la frecuencia requerida). Enseñó a valorar con objetividad y evaluar la calidad de la historia clínica como documento de información científica para el estudio del proceso salud-enfermedad (deficiente en un 23,3 %).

Permitió conocer detalles sobre la protección médica a la población en situaciones críticas (en 53,3 % el episodio final ocurrió en el domicilio, también en el 46,6 %, el personal médico estuvo a la cabecera del enfermo). Asimismo, facilitó el ejercicio diagnóstico y permitió conocer la distribución casuística de la mortalidad en el área de salud, y por tanto sus principales problemas de salud, siendo esta la motivación principal del proceso de enseñanza-aprendizaje (predominaron las enfermedades cardiovasculares con un 43,3 % y le siguieron las enfermedades neoplásicas con un 20,0 %).

Como otro elemento positivo señalamos que contribuyó al adiestramiento en la expresión diagnóstica del certificado de defunción, y a la vez destacó la correspondencia clínico-necropsica (en 3 casos, 10 % del total de 5 en que pudo determinarse, la correspondencia fue parcial o ausente).

Estimuló el desarrollo de la autoevaluación y la evaluación colectiva, señalándose al final

TABLA 1. Criterios de expertos. Distribución por ítems

| Items | Criterio de expertos | | | | | | | | | | Criterios por ítems con 80 % o más | |
|-------|----------------------|-----|-----------------|-----|--------------|-----|----------|-----|-------------|-----|------------------------------------|-----|
| | Representativo | | Adecuado y útil | | Comprensible | | Práctico | | Cualitativo | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 1 | 26 | 87 | 25 | 83 | 29 | 97 | 29 | 97 | 28 | 93 | 5 | 100 |
| 2 | 28 | 93 | 25 | 83 | 27 | 90 | 24 | 80 | 24 | 80 | 5 | 100 |
| 3 | 28 | 93 | 28 | 93 | 25 | 83 | 27 | 90 | 28 | 93 | 5 | 100 |
| 4 | 29 | 97 | 29 | 97 | 26 | 87 | 27 | 90 | 28 | 93 | 5 | 100 |
| 5 | 22 | 73 | 24 | 80 | 24 | 80 | 25 | 83 | 26 | 87 | 4 | 80 |
| 6 | 27 | 90 | 28 | 93 | 24 | 80 | 25 | 83 | 29 | 97 | 5 | 100 |
| 7 | 30 | 100 | 30 | 100 | 30 | 100 | 30 | 100 | 30 | 100 | 5 | 100 |
| 8 | 28 | 93 | 27 | 90 | 27 | 90 | 28 | 93 | 27 | 90 | 5 | 100 |
| 9 | 29 | 97 | 24 | 80 | 23 | 77 | 25 | 83 | 26 | 87 | 4 | 80 |
| 10 | 23 | 77 | 25 | 83 | 26 | 87 | 24 | 80 | 25 | 83 | 4 | 80 |
| 11 | 28 | 93 | 24 | 80 | 24 | 80 | 26 | 87 | 26 | 87 | 5 | 100 |
| 12 | 28 | 93 | 28 | 93 | 26 | 87 | 28 | 93 | 29 | 97 | 5 | 100 |
| 13 | 23 | 77 | 24 | 80 | 25 | 83 | 26 | 87 | 25 | 83 | 4 | 80 |
| 14 | 28 | 93 | 28 | 93 | 28 | 93 | 29 | 97 | 29 | 97 | 5 | 100 |
| 15 | 28 | 93 | 29 | 97 | 27 | 90 | 27 | 90 | 28 | 93 | 5 | 100 |
| 16 | 30 | 100 | 30 | 100 | 27 | 90 | 30 | 100 | 30 | 100 | 5 | 100 |

Fuente: Encuestas aplicadas a expertos (se tuvieron en cuenta solo los expertos que calificaron con mucho: 3 puntos).

las necesidades de aprendizaje y adiestramiento que debían ser satisfechas. En solo 15 (50 %) de las reuniones se hizo la valoración concluyente; de este grupo, la deficiente calidad de la historia clínica y el deficiente conocimiento y práctica de acciones de salud (53,3 %), y los controles deficientes en cantidad y calidad (40,0 %) fueron los detalles principales.

Logramos también que se estimulara la realización y sistematización de estas reuniones, y contribuyó a elevar la calidad y por tanto su eficiencia (esto quedó evidenciado de manera general en los resultados antes expuestos, y de manera particular en los saltos cualitativos mostrados del primero al segundo períodos en lo referente a: análisis de la atención de la salud brindada, evaluación de la calidad de la historia clínica, correspondencia clínico-necrópsica y valoración concluyente).

Se confirmó la validez de nuestra metodología al mostrar que el 80 % o más de los expertos otorgó la calificación de *mucho* (3 puntos) a los criterios presentados como representativo en 13 ítems (81 %), como comprensible en 15 ítems (94 %) y como adecuado y útil, práctico y cualitativo en 16 ítems (100 %). Esto se muestra en las tablas 1 y 2.

TABLA 2. Distribución de ítems por criterios evaluativos

| Criterios | No. de ítems | % |
|-----------------|--------------|-----|
| Representativo | 13 | 81 |
| Adecuado y útil | 16 | 100 |
| Comprensible | 15 | 94 |
| Práctico | 16 | 100 |
| Cualitativo | 16 | 100 |

Fuente: Encuestas aplicadas a expertos (se tuvieron en cuenta solo los ítems que acumularon 80 % o más de aprobación con la calificación de mucho: 3 puntos).

Comprobamos que nuestra metodología es capaz de controlar el desarrollo del proceso docente-educativo al presentar los progresos experimentados en este sentido ítems 4, 11, 12 y 16), y se evidenció mejoría de la calidad de la información aportada por los profesionales acorde con sus requerimientos, y por tanto en la eficiencia de estas reuniones docentes (en los 3 últimos, la diferencia alcanzó la significación estadística). En ninguna de las comparaciones se señaló retroceso.

Discusión

Los datos relacionados con características individuales son útiles para caracterizar el caso analizado y conducir cualquier investigación de mortalidad en un área de salud determinada. Igualmente, la aplicación del método clínico fue útil tanto para ordenar la información extraída, como para orientar la preparación de la exposición por parte de los profesionales, así como para hacer más objetivo el trabajo de los evaluadores.

La autoevaluación y autodefensa que se logran con esta metodología se hace válida en función de la calidad de la historia clínica (determinada por el evaluador), esto estimula su adecuada utilización, además contribuye a mejorar su calidad en la medida en que refleje el pensamiento científico de los profesionales de la salud. Nuestra metodología también facilita el análisis de las condiciones en que se presentaron y las características de los cuadros clínicos finales, y orienta la valoración sobre la disponibilidad y la efectividad de la protección médica comunitaria en situaciones de urgencia, así como la efectividad de la relación interniveles de salud en estas situaciones, aspecto este que le otorga un carácter más integral.

La aplicación del método clínico adecuadamente favorece la mayor posibilidad de la certeza del diagnóstico presuntivo final, lo cual tiene gran importancia para el llenado del certificado de defunción, pero lo más importante es que el ejercicio diagnóstico estimula el desarrollo de la expresión oral y del pensamiento científico, permite a los profesores explorar el aprendizaje (individual y colectivo) de los alumnos, y brinda información sobre los principales problemas de salud, motivo este de futuras actividades docentes, todo lo cual confirma las utilidades pedagógicas de este documento.

Uno de los principales logros de nuestra metodología es que constituyó un estímulo para la realización de estas reuniones docentes, así como su objetividad, pues con ella se hicieron las conclusiones de las reuniones (valoraciones concluyentes) que evidenciaron las deficiencias a superar en futuras actividades docentes académicas y de educación en el trabajo, acorde con los conocimientos y habilidades propuestos en el programa de la especialización en Medicina General Integral, por lo que podemos afirmar que contribuye al perfeccionamiento de la competencia y el desempeño de los profesionales de la salud en el nivel primario de atención.

Los expertos corroboraron las virtudes atribuidas a este instrumento metodológico, pues señalaron que estaba confeccionado adecuadamente en relación con los aspectos que debía medir y capacitado para explorarlos, lo que validó los propósitos para los que fue creado. Los progresos logrados con su aplicación fueron evidentes, y no fueron más llamativos pues se comparó contra sí misma (2 períodos), y no contra otra de su tipo, inexistente antes; pero los ítems que mostraron mejoría señalan superación en aspectos tan importantes como la calidad de la información básica (interrogatorio

y examen físico), participación del paciente y su familia en la gestión de salud, calidad de la historia clínica individual, y conclusiones de estas reuniones docentes, motivaciones estas del proceso docente-educativo. En ninguna comparación se mostró retroceso.

Conclusiones

La metodología para análisis en el nivel primario de salud de casos adultos fallecidos, como instrumento para el perfeccionamiento de la competencia y el desempeño, mostró su validez para:

1. Orientar la organización y conducción de estas reuniones docentes para elevar su calidad y eficiencia.
2. Contribuir al desarrollo del pensamiento científico y la aplicación del método clínico y de los principios didácticos, por lo que se presenta como un valioso instrumento para estimular la docencia, la asistencia médica y la investigación.
3. Evaluar en cantidad y calidad la eficiencia de los servicios de salud prestados en el nivel primario de atención, superan-

do por su integralidad otras metodologías de aplicación limitada o nula en este nivel de atención, y constituyendo un valioso complemento del sistema evaluativo en Medicina General Integral.

Comentario

Esta metodología se utiliza desde hace casi 6 años en nuestro municipio, y cuenta con el aval favorable de los representantes de los policlínicos que la utilizan y que ya suman 6 de los 8 existentes.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a la doctora Helena González Sjostrom, Dra. en Ciencias y Profesora Titular de Anatomía Patológica del Hospital General "Calixto García", al doctor Alberto Hatim Ricardo, Dr. en Ciencias y Profesor Titular de Medicina Interna del Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico y a la Licenciada Carmen Valenzuela, Licenciada en Matemática, del Centro de Investigaciones Biológicas, por sus oportunas y valiosas orientaciones. Mi agradecimiento también a los profesionales del Policlínico Docente "13 de Marzo", quienes con voluntad y actitud científica, protagonizaron el desarrollo de esta investigación.

SUMMARY: In order to meet the pedagogical need determined by the non-existence of a methodology that guarantees the adequate fulfilment of the teaching meetings where the cases of dead adults are discussed, and taking into consideration that this influences negatively on the teaching and educative training of the professionals at the primary health care level and on the quality of the services they render to the population, we made an investigation at the "13 de Marzo" Teaching Polyclinic, where we applied the "Methodology for the Analysis at the Primary Health Care Level of the Dead Adult Cases" to a total of 30 of these meetings so as to organize and direct the development of these activities and to evaluate the competence and performance of the professionals. This methodology encouraged the accomplishment and systematization of these meetings and contributed to improve their quality and efficiency. Due to its integrality, objectivity and contribution to the scientific thought and to the application of the clinical method and of the didactic principles, the methodology we propose is considered as a valuable tool for teaching, medical assistance and research and as a complement of

the evaluative system in Comprehensive General Medicine. This is, in short, a tool for improving the competence and performance of professionals.

Subject headings: PRIMARY HEALTH CARE/methods; TASK PERFORMANCE AND ANALYSIS; CLINICAL COMPETENCE; QUALITY OF HEALTH CARE; MORTALITY.

ANEXO 1

Sistema evaluativo

| | | | | |
|----------------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------------|---------|
| Información (40 puntos) | – Detección del problema (motivo de consulta) | | 10 pts. | |
| | | – Información | Interrogatorio | 10 pts. |
| | | | Examen físico | 10 pts. |
| | | | Medios diagnósticos e interconsultas | 10 pts. |
| Diagnóstico (20 puntos) | – Impresión diagnóstica | | 5 pts. | |
| | – Diagnóstico | Positivo | 5 pts. | |
| | | Diferencial y de complicaciones | 10 pts. | |
| Acciones de salud (40 puntos) | – Promoción | | 10 pts. | |
| | – Prevención | | 10 pts. | |
| | – Curación | | 10 pts. | |
| | – Rehabilitación | | 10 pts. | |

Para el cálculo de la puntuación correspondiente a los aspectos antes mencionados se tendrán en cuenta los parámetros siguientes:

Excelente: Si domina el aspecto analizado demostrado por escrito.

Bien: Si al menos señala lo indispensable.

Regular: Si no señala lo indispensable.

Mal: Si presenta datos escasos, sin valor o inadecuados.

Se otorgarán los puntos siguiendo esta guía:

| Sobre 40 | Sobre 20 | Sobre 10 | Sobre 5 |
|------------------|--------------|-------------|------------|
| E – 33-40 puntos | 17-20 puntos | 9-10 puntos | 5 puntos |
| B – 25-32 puntos | 13-16 puntos | 7-8 puntos | 4 puntos |
| R – 17-24 puntos | 9-12 puntos | 5-6 puntos | 3 puntos |
| M– 1-16 puntos | 1-8 puntos | 1-4 puntos | 1-2 puntos |

La calidad de la atención médica se medirá en relación con la puntuación otorgada, de manera que podrá clasificarse como:

Excelente: Cuando se otorguen entre 90 y 100 puntos.

Bien: Cuando se otorguen entre 70 y 89 puntos.

Regular: Cuando se otorguen entre 50 y 69 puntos.

Mal: Cuando se otorguen hasta 49 puntos.

ANEXO 2

| items | Criterios para evaluación | R | AU | CP | P | CL |
|-------|---|---|----|----|---|----|
| 1. | Área de salud _____ Nombre y apellidos _____ Historia clínica _____ Edad _____ Sexo _____ Raza _____ Estado civil _____ Dirección _____ Escolaridad _____ Ocupación _____ APF _____ APP _____ | | | | | |
| 2. | Motivos principales de consulta _____ | | | | | |
| 3. | Factores de riesgo influyentes del Individuo _____ Hogar _____ Centro de trabajo _____ Comunidad _____ | | | | | |
| 4. | Síntomas y signos de interés _____ | | | | | |
| 5. | Datos útiles de medios diagnósticos _____ | | | | | |
| 6. | Detalles fundamentales de interconsultas _____ | | | | | |
| 7. | Diagnóstico clínico principal _____ Tiempo de padecimiento _____ Clasificación _____ Otros diagnósticos o complicaciones _____ | | | | | |
| 8. | Grupo dispensarial Regularidad de la relación médico-paciente acorde con su grupo dispensarial (No. de consultas en el último año) En el consultorio _____ En el hogar _____ | | | | | |
| 9. | Acciones de salud realizadas _____ | | | | | |
| 10. | Asistencia a Cuerpos de Guardia, motivado por su (s) enfermedad (es) en ocasiones frecuentes _____ Estuvo hospitalizado en una _____ varias _____ múltiples _____ ocasiones, señalándose al alta los siguientes diagnósticos | | | | | |
| 11. | Criterio médico sobre la participación del paciente y su familia en la gestión de salud (cumplimiento de medidas preventivo-curativas) | | | | | |
| 12. | La historia clínica ofrece información adecuada _____ o deficiente _____ sobre el estado de salud y la atención brindada | | | | | |
| 13. | Fue esperada _____ o sorpresiva _____ la muerte Dónde y en qué circunstancias se produjo el episodio final _____ Fue atendido en domicilio _____ Policlínico _____ Hospital _____ Otro _____ (Especifique) _____ | | | | | |
| 14. | Diagnósticos clínicos propuestos como causa de muerte: Básica: Intermedia: Directa: | | | | | |
| 15. | Los diagnósticos clínicos propuestos coinciden parcialmente _____ totalmente _____ o no coinciden _____ con los diagnósticos necrópsicos | | | | | |
| 16. | Valoración final y experiencias producto del análisis _____ | | | | | |
| | Nombres y apellidos: _____ | | | | | |
| | Categoría profesional: _____ | | | | | |
| | Función administrativa: _____ | | | | | |
| | Ubicación laboral: _____ | | | | | |

ANEXO 3

Cuestionario para validación por expertos de un instrumento metodológico para la discusión de fallecidos adultos en atención primaria de salud.

Instrucciones

El documento que sometemos a su consideración está destinado a orientar y guiar la preparación y desarrollo de reuniones docentes de Discusión de Fallecidos Adultos en Atención Primaria de Salud. Presenta una serie de ítems que lo estructuran.

Deseamos que usted evalúe cada ítem según los criterios siguientes:

- Representativo (R): El ítem representa y satisface un requerimiento de la atención primaria de salud en una persona adulta.
- Adecuado y útil (AU): El ítem es adecuado y útil para medir el resultado deseado.
- Comprensible (CP): El ítem está confeccionado de manera que puede ser de fácil comprensión el requerimiento señalado, sin lugar a confusiones.
- Práctico (P): El ítem se presenta de manera que familiariza al profesional con el requerimiento, haciendo viable la obtención de la información.
- Cualitativo (CL): El ítem facilita la obtención de respuestas que brinden información de calidad para los propósitos del documento.

Después de leer estas instrucciones, otorgue a cada ítem una calificación acorde con los criterios siguientes:

Mucho: 3 puntos

Poco: 2 puntos

Nada: 1 punto

Si usted desea expresar alguna sugerencia u opinión adicional en relación con la conformación y presentación de los ítems expuestos, puede hacerlo en la parte posterior de esta página.

ANEXO 4

Metodología para análisis en el nivel primario de salud de casos adultos fallecidos

1. Fecha de fallecimiento _____
Área de salud _____
Nombre y apellidos _____
Dirección _____
Edad _____ Sexo _____ Raza _____ Escolaridad _____
Estado civil _____ Ocupación _____
APF _____
APP _____
- 2
- 2 a. Motivos relevantes de consulta (por su reiteración y/o impacto) _____
- 2 b. Factores de riesgo destacados (por su reiteración y/o impacto):
del individuo (estilo de vida) _____
de la familia (modo de vida familiar) _____
del centro de trabajo (condiciones laborales) _____
de la comunidad (modo de vida comunitario) _____
- 2 c. Síntomas y signos de interés _____

- 3
- 3 a. Comentarios o informaciones sobre impresiones diagnósticas _____
- 3 b. Información aportada por la utilización de medios diagnósticos _____
- 3 c. Información diagnóstico-terapéutica como resultado de interconsultas _____
- 3 d. Diagnóstico clínico principal _____
- Tiempo de fallecimiento _____
- Clasificación _____
- Complicaciones u otros diagnósticos _____
- 4
- 4a. Grupo dispensarial _____
- 4b. Los encuentros realizaron en el consultorio y el hogar con la periodicidad y la calidad requeridas.
- Sí _____ No _____
- 5
- 5a. Sintetice las "acciones de salud" de promoción de salud, prevención y curación de enfermedades y de rehabilitación que le fueron realizadas _____
- 5b. Por su(s) enfermedad(es) asistió a Cuerpos de Guardia o estuvo hospitalizado en una _____ o varias ocasiones _____, señalándose al final de la atención, el (los) siguiente(s) diagnóstico(s) _____
- 5c. Criterio médico sobre la relación interniveles de salud _____
- 6
- 6a. Su familia es funcional _____ o disfuncional _____
- 6b. Criterio médico sobre la participación de la persona y su familia en la gestión de salud (cumplimiento de orientaciones preventivo-curativas) _____
7. La historia clínica ofrece información adecuada _____ o deficiente _____ sobre el estado de salud y la atención brindada
- 8
- 8a. Fue esperada _____ o sorpresiva _____ la muerte
- 8b. Dónde y cómo se describe el cuadro clínico final _____
- 8c. Fue atendido en domicilio _____ policlínico _____ hospital _____ otro _____ Específique: _____
- 9
- 9a. Diagnóstico(s) clínico(s) propuesto(s) como causa de muerte
- Directa _____
- Básica _____
- Contribuyentes _____
- 9b. Los diagnósticos clínicos propuestos y los diagnósticos necrópsicos coinciden totalmente _____ parcialmente _____ o no coinciden _____
10. Valoración final y experiencias como resultado del análisis _____

Referencias bibliográficas

- Martínez S. El análisis de la situación de salud, su historicidad en los servicios. *Rev Cubana Salud Pública* 1997;23(1-2):47-54.
- Sierra EC. La evaluación del desempeño profesional en los procesos pedagógicos del perfeccionamiento. *Educ Méd Sup* 1992;6(2):75-91.
- Salas R, Aneiros R, Hatim A. La evaluación de la competencia clínica de los educandos mediante las inspecciones integrales en la Educación Médica Superior. *Educ Méd Sup* 1996;10(1):19-27.
- Salas R, Hatim A, Ray R. Sistema de monitoreo y control de la calidad de la competencia y el desarrollo profesional. *Educ Méd Sup* 1997;11(1):17-30.
- Hadad H, Ramírez A, Ochoa D. Nuevos escenarios, tendencias y enfoques en la garantía de la calidad de la atención médica en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* 1993;19(1):57-67.
- Senado J, Mendizabal M. Proposición de un modelo para la discusión de fallecidos adultos como instrumento de evaluación del trabajo en Atención Primaria de Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1994;10(4):393-402.
- Moriyama IM. *Indicators of social charge problems in the measurements of health status*. New York: Russel Sage Fundation; 1968:593.

Recibido: 18 de agosto del 2000. Aprobado: 18 de agosto del 2000.

Dr. Justo Senado Dumoy. Edificio Gran Panel 38-A, apartamento 3, zona Micro 10, reparto Alamar, municipio Habana del Este, Ciudad de La Habana, Cuba.