

Calidad de los servicios y transformaciones necesarias en documentos del equipo básico de salud

Quality of services and necessary transformations in documents of the basic health team

Max Ramiro Ochoa Ortega, María De la Caridad Casanova Moreno,
María De los Ángeles Díaz Domínguez

Policlínico "Hermanos Cruz". Pinar del Río, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el Programa del Médico y Enfermera de la Familia requiere algunas mejoras en vistas al ahorro de tiempo para el cumplimiento de las funciones del Equipo Básico de Salud.

Objetivo: proponer posibles transformaciones en el llenado de documentos del nivel primario de atención.

Métodos: revisión bibliográfica realizada a través del repositorio Scielo con las palabras de búsqueda: atención primaria, historia clínica, medicina familiar y ahorro de tiempo. Luego del análisis de las 52 referencias encontradas para comprobar cuáles serían útiles para el cumplimiento del objetivo del artículo, se escogieron 17.

Conclusiones: los contenidos a escribir en los documentos legales deben reducirse para tener un mejor cumplimiento de las funciones del Equipo Básico de Salud.

Palabras clave: atención primaria; historias clínicas; examen físico.

ABSTRACT

Introduction: The Family Doctor and Nurse Program requires some improvement in way to thrift time for accomplishment of Basic Health Team functions.

Objective: To propose possible transformations in fill of documents of primary attention level.

Methods: This bibliographic review was made by means of Scielo repository and the data base Pubmed using the words Primary Care, clinic history, family medicine, and thrift time. Twenty articles from Scielo were chosen to be analysed for the word combination Primary Care; 20 articles from Scielo for the word combination clinic history; 10 articles from Scielo for the word combination family medicine; and 2 articles from Scielo for the word combination thrift time. Those 52 references were analysed to check which one would be useful for the achievement of the objective of the article, choosing the references that appear.

Conclusions: Content to write in different legal documents need minimized to have better accomplishment of Basic Health Team functions.

Key words: primary care; clinic history; physical examination.

INTRODUCCIÓN

Desde los primeros años de la década de los 80, existe en Cuba la preocupación por adecuar la atención de salud a la realidad epidemiológica del país, en la que la morbilidad y la mortalidad están mayormente asociadas a las enfermedades no transmisibles. Como consecuencia del desarrollo histórico de la atención ambulatoria y tomando en cuenta el contenido de la Declaración de Alma Ata, la dirección del país comienza a analizar la posibilidad de abarcar con la dispensarización a toda la población, incluyendo a la aparentemente sana o en riesgo de enfermar, lo que no se había logrado en ningún país de América.^{1,2}

En 1983 se comienza una novedosa experiencia en áreas del policlínico "Lawton" perteneciente al municipio 10 de Octubre, La Habana. Durante varios meses se entrenan en esa institución de salud diez médicos e igual número de enfermeras en técnicas y procedimientos acordes con el tipo de trabajo comunitario que debían desarrollar como médicos y enfermeras de familia. En la noche del 3 de enero de 1984 estos profesionales son presentados oficialmente ante su comunidad y al día siguiente se abren las puertas de los consultorios. Por ello, el 4 de enero de 1984 se considera como el día del nacimiento del modelo cubano de medicina familiar.^{1,2}

La población percibió los beneficios del nuevo modelo desde sus inicios y manifestó gratitud y complacencia, dada las ventajas del Programa.³

Sin embargo, a lo largo de la historia de este programa se fueron haciendo cambios que incluyeron el aumento de las tareas del Equipo Básico de Salud y el incremento de los documentos a llenar, redundando en una disminución en la calidad del servicio, por lo que son necesarios algunos cambios para lograr un mejor ahorro del tiempo y que estas tareas sean cumplidas con calidad y poder dirigir mejor los esfuerzos hacia la salud de la población.

Este artículo tiene por objetivo proponer posibles transformaciones en el llenado de documentos en el nivel primario de atención.

MÉTODOS

Este trabajo se realizó a través del repositorio Scielo, debido a que tiene artículos con una visión iberoamericana, con las palabras de búsqueda: atención primaria, historia clínica, medicina familiar, ahorro de tiempo. Se escogieron para analizar: 20 artículos para atención primaria; 20 para historia clínica; 10 para medicina familiar y 2 para ahorro de tiempo. Las 52 referencias fueron analizadas para comprobar cuáles serían útiles para el cumplimiento del objetivo, escogiendo las 17 que aparecen en las referencias bibliográficas.

DESARROLLO

El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia ha sido uno de los grandes éxitos de la salud en Cuba. Al inicio se concibió para que un médico y una enfermera atendieran entre 150 y 200 familias. Como documentos legales tenían, además de la hoja de cargo, las recetas, los modelos de certificado médico y de medicamentos, la historia clínica del paciente, que era ambulatoria y en la cual se escribían solamente los datos positivos al examen físico, y la historia de salud familiar, que permanecía en el consultorio. El consultorio se abría solamente en la sección de la mañana y por la tarde se realizaban terrenos.^{3,4}

Por la necesidad de incrementar la colaboración y ayuda solidaria a otros países y atender tareas como la docencia y la investigación, se exigió que el médico fuera especialista en Medicina General Integral y la enfermera Licenciada en Enfermería. El programa sufrió cambios como parte del proceso de transformación, compactación y regionalización propuesto por el MINSAP a partir de 2010 y con la misma cantidad de personal se deben atender poblaciones de hasta 1500 habitantes.⁴

La experiencia de que las historias clínicas individuales fueran ambulatorias no tuvo las bondades esperadas. Por eso, mucho antes de las transformaciones del año 2010, se exigió que fueran archivadas en los consultorios. Esto, aunque es positivo, incrementa el gasto de tiempo del personal de salud al tener que localizarlas, sobre todo cuando no se cuenta con métodos eficaces de archivar. Por otro lado se exige que en los controles periódicos se escriba el examen físico completo y no los datos positivos como al inicio del Programa en 1984.

Para cumplir con el llenado de los documentos, sobre todo las historias clínicas, hay que escribir una gran cantidad de información que puede resumirse. El médico tiene que invertir gran cantidad de tiempo, que redundará en una disminución de la calidad en la atención al paciente, lo que lleva a la insatisfacción de estos con los servicios.

Actualmente en los controles en consulta, se exige que se describa la situación de salud actual del paciente al interrogatorio, así como un examen físico que incluye mucosas, tejido celular subcutáneo, aparato respiratorio, aparato cardiovascular, abdomen, sistema arterial periférico, examen de mamas, examen bucal, examen neurológico, peso, talla, impresión diagnóstica (grupo dispensarial, enfermedades crónicas y factores de riesgo), tratamiento y labor educativa. Se propone que se describa la situación de salud actual del paciente al interrogatorio, con los datos positivos además de los parámetros que varían, como frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, peso y talla, la impresión diagnóstica y el tratamiento con labor educativa.

En el caso de los controles en terreno, actualmente se escribe lo mismo que en los controles en consulta, sin el peso y la talla, y se describen las características de la vivienda. Se sugiere escribir lo mismo que se propone para los controles en consulta sin poner el peso ni la talla y adicionar las condiciones higiénicas de la vivienda, así como la dinámica familiar.

Con respecto al ingreso en el hogar, en la actualidad se escribe la situación actual al interrogatorio, así como un examen físico que incluye, además del sistema afectado, los mismos sistemas de órganos del control en consulta, impresión diagnóstica (enfermedad aguda que tenga actualmente) y tratamiento. Se propone que se describa la situación actual al interrogatorio con datos positivos al examen físico junto a los signos vitales, diagnóstico y tratamiento.

En relación a las puericulturas y los controles a gestante, al médico de familia de estos tiempos se le exige que describa el examen físico completo. Para las puericulturas, se sugiere reducir la escritura del examen físico a los datos positivos, signos vitales y a las características que varían en los niños de diferentes edades. En relación al control a gestante, se propone escribir los datos positivos al examen físico con signos vitales y examen obstétrico.

Actualmente en el proceso de atención de enfermería de la infección vaginal en gestantes, a la enfermera de la familia se le orienta que escriba un examen físico igual que el de los controles en consulta. Se recomienda que se escriba solo si el paciente usó el tratamiento o no.

En los expedientes del programa Educa a tu Hijo, a los médicos de familia le indican que durante el primer año de vida, además de marcar con cruz los logros que presenta el lactante, debe escribirlos en los espacios en blanco y referir si requirió de fisioterapia o no. Se sugiere marcar los logros del niño y no describir todo.

A pesar de la creencia que existe de que si se escribe menos se examina menos, esto no necesariamente es así. El que no realiza un examen físico completo lo va a hacer mal tanto si tiene que escribir más como si tiene que escribir menos. Sin embargo, la persona que siempre realiza los exámenes físicos completos, lo hará con más calidad y ahorrará tiempo de escribir que podrá ser utilizado para dar las labores educativas, y el médico se concentraría aún más en las tareas asignadas.

En el año 2005 la Organización Panamericana de Salud llamó a la necesidad de alcanzar la atención universal y abarcadora a través de un abordaje integrado y horizontal para el desarrollo de los sistemas de salud, con cuidados orientados a la calidad, enfatizándose en la promoción y prevención.⁵

En Cuba, la Atención Primaria de Salud tiene el reto de perfeccionar el trabajo de los Equipos Básicos de Salud y de los Grupos Básicos de Trabajo, mejorar la infraestructura, progresar en la educación y lograr la satisfacción de la población.⁵

La utilización de métodos activos de aprendizaje y la reflexión crítica ante situaciones clínicas utilizables en cualquier forma de organización de la enseñanza, inevitablemente aporta experiencias de aprendizaje asociadas a componentes emocionales enriquecedores.⁶⁻¹²

El médico de familia se debe formar como un profesional apasionado, responsable y comprometido.¹³ Por eso, es necesario desburocratizar el cumplimiento de las funciones del médico y enfermera de la familia.

La promoción de salud se representa por las acciones para transformar positivamente los estilos de vida y los conocimientos de la población en relación al cuidado de su salud.^{13,14}

En un estudio realizado por González Quiñones y cols., en Colombia, la mayoría de los que consideraban la atención como mala no habían sido examinados, no podían contarle todo al médico y dicho profesional no preguntaba por su familia.¹⁵ Muchos médicos, cuando tienen que escribir gran cantidad de información se agotan y descuidan todos estos aspectos de la atención de salud.

La carga asistencial puede ser una limitante a la hora de realizar investigaciones,^{16,17} por tanto, es necesario atenuar dicha carga.

CONCLUSIONES

Los contenidos a escribir en los documentos legales deben reducirse para poder tener un mejor cumplimiento de las funciones del Equipo Básico de Salud. El médico de familia es responsable de gran cantidad de tareas, por lo que es necesario que se le facilite el trabajo y que lo pueda hacer sin tener cargas asistenciales adicionales. Ello contribuirá a una mejor relación médico paciente y comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD. Medicina General Integral. Vol 1. 3ra ed. La Habana: ECIMED; 2014.
- 2- Márquez M, Sansó Soberats FJ, Alonso Galbán P. Medicina general. Medicina familiar. Experiencia y enfoque cubano. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
- 3- Mc Farlane Martínez E, Costa Méndez A, Quintana Martínez MN, Cañizares Cárdenas MC. El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia a treinta años de su inicio. Rev. Med. Electrón. 2014 [citado 7 Nov 2015]; 36(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000200001&lang=pt
- 4- Placeres Hernández JF, Martínez Abreu J. Evolución de la medicina familiar matancera. Rev. Med. Electrón. 2014 [citado 7 Nov 2015]; 36(2): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000200001&lang=pt
- 5- Serra Valdés MA, Viera García M. Consideraciones sobre la enseñanza de la Semiología, la Propedéutica y el proceso diagnóstico en la práctica clínica. Educ Med Super. 2014 [citado 7 Nov 2015]; 28(1): [aprox. 19 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412014000100017&script=sci_arttext

6- Faria Makabe ML, Maia JA. Reflexão discente sobre a futura prática médica através da integração com a equipe de saúde da família na graduação. Rev Bras Educ Med. 2014 [citado 7 Nov 2015]; 38(1): [aprox. 19 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000100017&lang=pt

7- Blanco Aspiazú M, Valdés Torres R, Rodríguez Collar T, Blanco Aspiazú O. Aplicación de métodos activos de enseñanza en el aprendizaje de habilidades clínicas. Rev Haban Cienc Méd. 2014 [citado 7 Nov 2015]; 13(1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2014000100016&script=sci_arttext&lng=pt

8- Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. Sistema de recomendaciones para mejorar la calidad de la entrevista médica: el ABECEDARIO técnico del interrogatorio. MEDISUR. 2014 [citado 7 Nov 2015]; 12(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2740/1470>

9- Pineda CA, García-Perdomo HA, Tehelen JP, Ruiz O, Yandi JA. Formación en semiología médica: una caracterización desde la práctica. Educ. 2014 [citado 7 Nov 2015]; 17(1): [aprox. 40 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-12942014000100004&script=sci_arttext

10- Moreno Rodríguez MA. ¿Análisis Complementarios vs. Método Clínico? Rev Haban Cienc Méd. 2014 [citado 7 Nov 2015]; 13(5): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2014000500001&script=sci_arttext&lng=pt

11- Suarez Rivero B, Piloto Cruz A. La entrevista médica, pilar fundamental en el diagnóstico médico. Rev 16 de abril. 2014; 53(255): 131-3.

12- Sánchez JA, Zúniga Cruz AM, Socorro M, Palma G, Karen M, Rubio J, et al. Evaluación de historias clínicas elaboradas en salas de hospitalización de medicina interna del hospital escuela. Rev Fac Cienc Méd. 2013; 10(1): 21-9.

13- Querts Méndez O, Orozco Hechavarría O, Montoya Rivera J, Beltrán Moret M, Caballero Herrera MY. Consideraciones antropológicas en el proceso de formación profesional del médico general. MEDISAN 2013 [citado 7 Nov 2015]; 17(10): [aprox. 16 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001000014&lang=pt

14- Pupo Ávila NL, Hechavarría Toledo S. Características de la formación médica en promoción de salud en Cuba y Latinoamérica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014 [citado 7 Nov 2015]; 30(4): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000400006&lng=es&nrm=iso&lng=es

15- González-Quiñones JC, Restrepo-Chavarriaga G, Hernández-Rojas AD, Ternera-Saavedra DC, Galvis-Gómez CA, Pinzón-Ramírez JA. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá. Rev Salud Pública. 2014 [citado 7 Nov 2015]; 16(6) [aprox. 18 p.]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000600006&lang=pt

16- León Jiménez FE, Osada Lij J. Labor asistencial e investigación como pilares del quehacer diario del clínico. Rev Med Hered. 2014 [citado 7 Nov 2015]; 25: [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n2/v25n2cedit3.pdf>

17- Ticse R, Pamo O, Samalvides F, Quispe T. Factores asociados a la culminación del proyecto de investigación requerido para optar el título de especialista en una universidad peruana. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2014 [citado 7 Nov 2015]; 31(1): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342014000100007&script=sci_arttext

Recibido: 18 de febrero de 2016.

Aprobado: 29 de febrero de 2016.

Max Ramiro Ochoa Ortega . Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Aspirante a investigador. Dirección electrónica: maxro@princesa.pri.sld.cu