

ARTÍCULO ORIGINAL

Calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida

Quality in the implementation of the Prevention and Control Program of the Suicidal Behavior

Dra. Raxsy Soler Santana,¹ MsC. Bárbara Castillo Núñez,² MsC. Marlene Brossard Cisnero³ y MsC. Carilda Emilia Peña García⁴

- ¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral e Higiene y Epidemiología. Instructora. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Santiago de Cuba, Cuba.
- ² Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesora Auxiliar. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Santiago de Cuba, Cuba.
- ³ Especialista de I Grado en Higiene General. Máster en Enfermedades Infecciosas. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Santiago de Cuba, Cuba.
- ⁴ Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Salud Pública. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal para evaluar la calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en el Policlínico "Mario Muñoz Monroy" de Santiago de Cuba durante el 2007, teniendo en cuenta el desempeño científicotécnico y la satisfacción de los usuarios. Mediante la creación de un grupo de expertos se establecieron criterios explícitos, descriptivos y normativos, así como se construyeron indicadores y prefijaron estándares. Se constató que la estructura no garantizaba un idóneo cumplimiento del Programa y existía insuficiente competencia profesional de los prestatarios del Sector, debido a la poca capacitación e insatisfacción con respecto a su contenido, todo lo cual pudo influir en los resultados inadecuados de los indicadores previstos.

Palabras clave: evaluación de la calidad, Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida, competencia profesional, atención primaria de salud

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study to evaluate the quality in the implementation of the Prevention and Control Program of the Suicidal Behavior was carried out in "Mario Muñoz Monroy" Polyclinic in Santiago de Cuba during 2007, taking into account the scientific technical performance and the satisfaction of the users. By means of the creation of a group of experts explicit, descriptive and normative approaches were established, as well as indicators were built and standards were preset. It was verified that the structure didn't guarantee a suitable implementation of the Program and there was insufficient professional competence in workers of the Sector, due to the little

training and dissatisfaction with regard to its content, all this could influence in the inadequate results of the foreseen indicators.

Key Words: quality evaluation, Prevention and Control Program of the Suicidal Behavior, professional competence, primary health care

INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye un acto que, como consecuencia del intento suicida, produce la muerte. Este es considerado un hecho de causa multifactorial en el que intervienen elementos biológicos, psicológicos y sociales. Se define como intento suicida a cualquier acción mediante la cual el individuo se produce a si mismo una lesión independientemente de la letalidad, el método empleado y el conocimiento real de su intención.¹

Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio constituye un importante problema de salud y se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en todas las edades. A escala mundial sus tasas aumentaron 60 % en los últimos 45 años y, en 90 % de los casos, está asociado con la depresión y el abuso de sustancias. Cada año se suicidan un millón de personas.²

Las naciones desarrolladas presentan altas tasas de mortalidad por suicidio. Corea del Sur y Japón presentan los índices más altos del mundo, con 24,8 y 27 de cada 100 000 personas, respectivamente; seguidos por Bélgica (21,3), Finlandia (20,35) y los Estados Unidos (11,1).^{3,4}

Dicha tasa se ha mantenido en aumento en Cuba. La incidencia anual por consultorio médico es de 0,2 suicidios consumados y 2 intentos por cada 1 000 habitantes.⁵ En 1989 se creó el Programa de Prevención de la Conducta Suicida, actualizado en el 2000, el cual constituye una vía de acción para los médicos y las enfermeras de la familia.⁶

En la provincia de Santiago de Cuba, durante los últimos años, la tasa de mortalidad por suicidio, cada 100 000 habitantes, ha sido similar. En el 2003 ocurrieron 80, para una tasa de 7,7; posteriormente hubo un incremento en el 2004 y 2005, con 98 (9,4) y 103 (9,9) suicidios, respectivamente. En el 2006 se redujo el indicador a 7,9 y en el 2007 sucedieron 89, para una tasa de 8,5.

La segunda posición por fallecimientos debido a esta causa en el municipio de Santiago de Cuba, en el 2007, la ocupó el Policlínico "Mario Muñoz Monroy", donde hubo 3 personas, para una tasa de mortalidad de 1,1 por 10 000 habitantes. Por tal motivo, se decidió efectuar este trabajo en el citado policlínico.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal para evaluar la calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en el Policlínico "Mario Muñoz

Monroy" de Santiago de Cuba durante el 2007, teniendo en cuenta el desempeño científicotécnico y la satisfacción de los usuarios.

El universo estuvo constituido por los 20 médicos y 33 enfermeras de la familia que se encontraban laborando en el área cuando se realizó el estudio y los 22 pacientes que fueron notificados por medio de las tarjetas de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), con conducta suicida, durante el 2007, así como los 237 pacientes con riesgo, dispensarizados. La identificación de los casos fue de base institucional y los tipos de criterios fueron explícitos normativos y descriptivos e implícitos en el momento de la evaluación. Se confeccionaron criterios, indicadores y estándares, se seleccionaron los métodos evaluativos y crearon los instrumentos a utilizar. Las dimensiones de calidad a estudiar fueron la científicotécnica, la competencia profesional de los proveedores de salud y la satisfacción de los pacientes respecto a la atención profesional y todos los servicios de salud recibidos. La investigación fue concurrente para la estructura y el proceso, y retrospectiva para los resultados del Programa.

La estructura fue evaluada de adecuada si se cumplían 6 de los 7 indicadores, es decir, si se obtenía 85,7 % ó más de los criterios evaluados como adecuados. El proceso fue evaluado de adecuado si se cumplían 13 de los 15 indicadores, es decir, si alcanzaban 86,7 % ó más de los criterios considerados adecuados. Los resultados del Programa se evaluaron de adecuado si cumplían 17 de los 20 indicadores, o sea, 85,0 %. Para la evaluación de los criterios utilizados se tuvo en cuenta el resultado del indicador en relación con el estándar que se estableció por el equipo de expertos.

Asimismo, se consideró al indicador en la categoría de adecuado (A) cuando el resultado de este fuese igual o mayor que el estándar establecido por el grupo de expertos, excepto en los indicadores de los resultados del Programa, los que se consideraron adecuados cuando fueran menores que el estándar, e inadecuado (I) cuando el resultado del indicador fuese menor que el estándar establecido por el grupo de expertos, excepto en los indicadores de los resultados del programa, los cuales se consideraron inadecuados cuando fueran mayores que el estándar.

En general se utilizaron 42 criterios para evaluar la estructura, el proceso y los resultados. Se consideró de adecuada la evaluación en este policlínico, cuando los resultados de 36 (85,7 %) indicadores o más del total de criterios evaluados, fueran iguales o superiores a los estándares establecidos.

RESULTADOS

Al evaluar la estructura (**tabla 1**), se observó que solo 1 (14,3 %) de los indicadores evaluados tuvo una calidad adecuada, mientras que 85,7 % fue considerado inadecuado. La disponibilidad de equipo de salud mental fue el que alcanzó los resultados más desalentadores.

Tabla 1. *Evaluación de la estructura del policlínico según criterios*

Criterios	Indicador		Estándar %	Evaluación A-I
	No.	%		
Equipo de salud mental disponible. N1	-	-	1	I
Médicos con población adecuada. N2	6	30,0	>90	I
Enfermeras con población adecuada. N3	28	84,8	>90	I
Cobertura de población. N4	26 218	100,0	>90	A
Local de consulta adecuado. N2	8	40,0	>90	I
Modelo de EDO disponible. N2	14	70,0	>90	I
Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida disponible. N2	1	5,0	>95	I

Fuente: Guía de evaluación de la estructura N1= 1 N2= 20 N3=33 N4= 26 218

La **tabla 2** muestra que 100,0 % de los criterios evaluados en el examen de competencia aplicado a los profesionales de la salud, obtuvieron evaluación de inadecuados. Los más representativos fueron el conocimiento de la finalidad del programa y el seguimiento del paciente que realizó un intento suicida, con 47,2 y 40,0 %, respectivamente.

Tabla 2. *Evaluación de la competencia del personal médico y de enfermería*

Criterios	Indicador		Estándar %	Evaluación A-I
	No.	%		
Conocimiento de la finalidad del programa. N1	25	47,2	>90	I
Identificación adecuada de factores de riesgo asociados a la conducta suicida. N1	36	67,9	>90	I
Seguimiento de los individuos o familias dispensarizados con riesgo para la conducta suicida. N1	33	62,3	>90	I
Seguimiento del paciente que realizó un intento suicida. N1	26	49,1	>90	I
Seguimiento del paciente que realizó un intento suicida. N2	8	40,0	>90	I

Fuente: Examen de competencia N1=53 N2= 20

De los criterios utilizados para evaluar el proceso (**tabla 3**), en el seguimiento de pacientes con riesgo e intento suicida, 70,0 % obtuvieron evaluación de inadecuados, y los indicadores con los resultados más alarmantes fueron la evaluación del riesgo potencial de suicidio y el seguimiento adecuado del intento suicida, con 31,8 y 36,6 %, respectivamente.

Tabla 3. *Evaluación del proceso en el seguimiento de pacientes con riesgo de intento suicida*

Criterios	Indicador		Estándar %	Evaluación A-I
	No.	%		
Identificación adecuada de pacientes con factores de riesgo. N1	106	44,7	>90	I
Identificación adecuada de familias con riesgo. N2	99	91,7	>90	A
Atención integral a individuos con riesgo. N1	93	39,2	100	I
Atención integral a familias con riesgo. N2	41	37,9	100	I
Registro en la hoja de cargo. N3	22	100,0	100	A
Remisión del policlínico al hospital. N3	18	81,8	100	I
Evaluación del riesgo potencial de suicidio por el médico de la familia. N3	7	31,8	100	I
Interconsulta con el equipo de salud mental del policlínico. N3	0	0	100	I
Dispensarización del paciente con intento suicida. N3	22	100,0	100	A
Seguimiento adecuado de los pacientes con intento suicida. N3	8	36,6	100	I

Fuente: Guía de evaluación del proceso N1= 237 N2= 108 N3 = 22

Se evidenció que los proveedores de salud están insatisfechos con los servicios prestados (**tabla 4**), pues 100,0 % de los criterios evaluados fueron inadecuados. Los indicadores que alcanzaron los resultados más desfavorables fueron: la satisfacción con los cursos de capacitación y la bibliografía existente (20,7 %) y con los conocimientos acerca del programa (22,6 %). De los criterios evaluados en relación con la satisfacción del paciente, 100,0 % resultaron adecuados.

Tabla 4. *Satisfacción de los proveedores con los servicios prestados*

Criterios	Indicador		Estándar %	Evaluación A-I
	No.	%		
Satisfacción con el ambiente laboral	37	69,8	>90	I
Satisfacción con los cursos de capacitación y bibliografía existente	11	20,7	>90	I
Estado de satisfacción con los conocimientos acerca del Programa	12	22,6	>90	I
Satisfacción con las interconsultas para el seguimiento de los pacientes	19	35,8	>90	I
Grado de satisfacción con la atención al hombre	17	32,1	>90	I
Satisfacción con la participación comunitaria e intersectorialidad en la prevención	18	33,8	>90	I

Fuente: Encuesta de satisfacción de los proveedores N= 53

Al evaluar los criterios (**tabla 5**), se observó que 14,4 % resultó adecuado, 42,8 %, inadecuado y 42,8 %, no evaluado (en el policlínico no existía la información estadística). La tasa de incidencia de intentos suicidas fue de 8,4 x 10 000 habitantes y las tasas de

letalidad y de años de vida potencialmente perdidos fueron de 13,6 por cada 100 habitantes y 5,0 por 1 000, respectivamente.

Tabla 5. *Indicadores del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida*

Criterios	Indicador		Estándar	Evaluación
	No.	%	%	A-I
Tasa de incidencia de intentos suicidas	22	8,4	<7,8	I
Seriedad de la intención	-	-	<30	-
Gravedad de las circunstancias	-	-	<30	-
Letalidad del método empleado	-	-	<30	-
Tasa de mortalidad	3	1,1	<11,4	A
Tasa de letalidad	3	13,6	<11	I
Tasa de años de vida potencialmente perdidos	128	5,0	<3,1	I

Fuente: Registros estadísticos

Se constató que la calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en el Policlínico "Mario Muñoz Monroy" resultó inadecuada, puesto que de un total de 42 criterios para evaluar la estructura, el proceso y los resultados, solo 5 (11,9 %) fueron adecuados, cifra muy inferior al estándar establecido de 85,7 % por el grupo de expertos.

DISCUSIÓN

Para la aplicación y el desarrollo de los diferentes programas sanitarios resulta vital una adecuada infraestructura en la atención primaria de salud. La estructura para desarrollar las acciones del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en este policlínico no es adecuada, es decir, que no alcanzó el estándar preestablecido para este fin, por el grupo de expertos. Estos resultados son similares a los obtenidos por Armas *et al.*⁷

El estigma de los trastornos mentales debe ser superado para poder reducir la tasa de suicidio asociada. Las personas que necesitan los servicios de salud mental, deben ser vistas como personas que requieren cuidados básicos en salud.⁸

Algunos autores⁹ opinan que no siempre una estructura adecuada presupone resultados favorables, pues esta por sí sola no garantiza el éxito. El hecho de disponer de los recursos humanos, con un alto nivel de competencia, en cantidad suficiente y debidamente calificados, en los lugares y momentos oportunos, constituye la parte decisiva de la calidad de los servicios.

Los objetivos que persigue el Programa son la reducción de la morbilidad por intento suicida y los indicadores de mortalidad por suicidio consumado, por lo que se hace necesario que el personal de salud esté debidamente entrenado en la identificación de individuos y familias con factores de riesgo para la conducta suicida; de esta manera se cumplirá con su finalidad de evitar que se cometa el primer intento, el desenlace fatal y los intentos repetidos.

En esta investigación se evidenció el desconocimiento del personal de salud sobre aspectos fundamentales del Programa, hecho que resulta alarmante, pues la principal

actividad del médico y la enfermera de la atención primaria es la prevención. Dichos hallazgos coinciden con los de Sierra y Guibert.¹⁰

La identificación de factores de riesgos y de comportamientos, que pueden considerarse como prodrómicos de suicidio, es importante en el seguimiento de los pacientes. Son numerosos los estudios¹¹⁻¹³ que describen este fenómeno social e identifican entre los principales factores de riesgo: las edades extremas de la vida, las afecciones crónicas invalidantes, los trastornos psiquiátricos, las deformidades por cualquier causa, el alcoholismo y las familias con alteraciones en la dinámica y bajos ingresos per cápita.

El seguimiento de los pacientes con intentos suicidas presentó problemas en los primeros 30 días después de ocurrido cada hecho, principalmente porque no se llevaba a cabo la interconsulta con el equipo de salud mental del área, por lo que ningún paciente había sido valorado al no estar constituido dicho equipo, ni recibían los servicios que brindan las diferentes modalidades terapéuticas de salud mental. Similares resultados obtuvo Ramos⁷ en su investigación.

De hecho, el proceso en el seguimiento de los pacientes con riesgo de suicidio y de los que realizaron un intento suicida, tuvo calidad deficiente. Los criterios no lograron el estándar propuesto por el grupo de expertos, lo cual pudo estar determinado por las deficiencias detectadas en la estructura y competencia profesional en relación con el Programa.

Al respecto, la calidad de la atención médica se favorece extraordinariamente cuando quienes la brindan están satisfechos con las condiciones de trabajo, el nivel de preparación científica y el logro de sus aspiraciones en el campo profesional.

Valadez Figueroa *et al*¹⁴ plantean que el afrontamiento de este problema multicausal no solo se logra con la atención médica, sino con la integración de los sectores sociales, la familia y la comunidad.

Los criterios que no lograron el estándar propuesto por el grupo de expertos fueron: la tasa de incidencia de intentos suicidas, la tasa de letalidad, que resultó la más alta de los últimos 5 años, y la de años de vida potencialmente perdidos. En Colombia la tasa de años de vida productiva perdidos por suicidio en el 2003 fue de 6,43 por cada 1 000 habitantes.¹⁵

En la bibliografía médica consultada, solo se encontró un número limitado de estudios de evaluación en relación con este Programa.

Resultaron evidentes, en esta investigación, las deficiencias en la calidad de la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en el Policlínico "Mario Muñoz Monroy". Fueron notables la inadecuada estructura con que cuenta el área e insuficiente competencia profesional del personal de salud para desarrollar las acciones, lo cual pudiera estar influyendo en los resultados desfavorables de los indicadores seleccionados e impidiendo el logro de los objetivos del Programa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montesino Valdés C. Comportamiento de la conducta suicida en el municipio pinareño de San Luis. *Rev Cubana Enfermer* 2004; 20(2).
<http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_2_04/enf05204.htm> [consulta: 25 enero 2009].

2. Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas. <http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/urgencias/doc/documentos/doc/suicidio.htm> [consulta: 18 enero 2008].
3. Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Ryoko S, Konishi A, Kato D, et al. Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. BMC Psychiatry 2007; 7(64). <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2180171/>> [consulta: 18 enero 2008].
4. Mansilla Izquierdo F. La conducta suicida y su prevención. <<http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta3.shtml>> [consulta: 14 mayo 2009].
5. Díaz Novas J, Ávila Díaz M. Algunos datos estadísticos sobre morbilidad e invalidez permanente de utilidad para el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1994; 10(1):92-4.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Actualización del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida, 2000. La Habana: MINSAP, 2000.
7. Armas NB, Ramos F, María PA, Sosa I. Evaluación de algunos aspectos del Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida: Municipio Playa, 1995. Rev Cubana Hig Epidemiol 1998; 36(2):105-12.
8. Moskos M, Olson L, Halbern S, Keller T, Gray D. Utah youth suicide study: psychological autopsy. Suicide Life Threat Behav 2005; 35(5):236-46.
9. Asociación Regional de Facultades y Escuelas de Enfermería. Memorias VIII Congreso Nacional de Intercambio Académico. Enfermería hacia el siglo XXI. Calidad total. México,DF: [s.n.], 1995.
10. Blanca Casas SM, Guibert Reyes W. Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria. Rev Cubana Enfermer 1998; 14(2): 117-23. <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol14_2_98/enf07298.htm> [consulta: 25 enero 2009].
11. Torres Li-Coo V, Josué Díaz L, Rodríguez Valdés NR, Font Darías I, Gómez Arias BM, García García CM. Aspectos relacionados con el intento suicida en pacientes ingresados en el Centro Nacional de Toxicología. Rev Cubana Med Mil 2006; 35(2). <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572006000200005&script=sci_arttext> [consulta: 4 mayo 2009].
12. Baader- Matthei T, Richter P, Mundt C. Suicidios de pacientes psiquiátricos hospitalizados y sus factores de riesgo. Un estudio caso control. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2004; 42(4):293-316. <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272004000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 4 mayo 2009].
13. Botega NJ, Azevedo Barros MB, Bosco de Oliveira H, Dalgalarrodo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. Rev Bras Psiquiatr 2005; 27(1). <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000100011> [consulta: 25 enero 2009].

14. Valadez Figueroa I, Quintanilla Montoya R, Amezcua Fernández R. El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. Salud Pública México, 2005: 47(1). <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10647101.pdf>> [consulta: 4 mayo 2009].
15. Pérez Olmos I, Rodríguez Sandoval E, Dussán Buitrago MM, Ayala Aguilera JP. Caracterización psiquiátrica y social del Intento suicida atendido en una Clínica Infantil, 2003–2005. Rev Salud Pub Bogotá 2007; 9(2): 230-40. <<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n2/v9n2a07.pdf>> [consulta: 25 enero 2009].

Recibido: 22 de diciembre de 2009

Aprobado: 12 de enero de 2010

Dra. Raxsy Soler Santana. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología.
Calle 4 No. 612 C, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba.
Teléfono de la institución: 642495