

Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional

Process quality in the implementation of the program of preconceptional reproductive risk

**Dra. Naifi Hierrezuelo Rojas,^I Dra. Julia Tamara Alvarez Cortés,^I
Dra. Lizandra Subert Salas,^I Dra. Paula González Fernández^I y Dra. Gipsy de los Angeles Pérez Hechavarría^{II}**

^I Policlínico Docente "Ramón López Peña", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Policlínico Municipal docente, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud para evaluar la calidad del proceso de ejecución del Programa de Riesgo Preconcepcional a través de la competencia profesional de 45 médicos y enfermeras del Policlínico "Ramón López Peña" de Santiago de Cuba, desde abril hasta noviembre del 2016. Un comité de expertos preestableció criterios, indicadores y estándares de evaluación. Hubo dificultades en el conocimiento sobre criterios de control, salida y fallo del programa, en el seguimiento de las parejas, así como en lo concerniente a las historias clínicas y la interconsulta con obstetra u otros especialistas afines al factor de riesgo. La calidad en la ejecución del programa no fue la mejor; las dificultades detectadas pudieran incidir en los resultados negativos del Programa de Atención Materno-Infantil en el área de salud. Resulta necesario evaluar otras dimensiones de la calidad y capacitar a los profesionales en los aspectos con dificultades.

Palabras clave: riesgo reproductivo preconcepcional, edad fértil, salud reproductiva, factor de riesgo.

ABSTRACT

An investigation in health systems and services was carried out to evaluate the process quality in the implementation of the Preconceptional Risk Program by means of the professional competence of 45 doctors and nurses of "Ramón López Peña" Polyclinic in Santiago de Cuba, from April to November, 2016. An experts committee preestablished evaluation approaches, indicators and standards. There were difficulties in the knowledge about control, emission and failure of the program approaches, in the follow up of couples, as well as in everything concerning the medical records and the consultation with the obstetrician or other specialists related to the risk factor. The quality in the implementation of the program was not the best; the difficulties detected could impact in the negative results of the Maternal and Child Care Program in the health area. It is necessary to evaluate other dimensions of the quality and qualify the professionals in the aspects with difficulties.

Key words: preconceptional reproductive risk, fertility age, reproductive health, risk factor.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principios fundamentales de la política estatal cubana es garantizar que la población pueda decidir sobre el número y momento más oportuno para el nacimiento de sus hijos, a ello se suma el deber social de brindar a todos información suficiente para que estas decisiones sean tomadas conscientemente y en función de mejorar el desarrollo de la vida de la pareja y su descendencia. En tal sentido, la atención primaria de salud tiene un papel primordial y dispone de recursos, tanto humanos como materiales, para acometer la tarea de prevenir las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, que pudieran incrementar la morbilidad y mortalidad materna y/o del producto de la concepción.¹

De hecho, existe un grupo de mujeres en edad reproductiva para las cuales este proceso puede convertirse en un acto muy riesgoso para su vida y/o la de su hijo, lo cual ha permitido que se les brinden opciones para controlar su fecundidad.

El riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) es la probabilidad que tiene una mujer no gestante o su producto de sufrir daño, si se involucrara en el proceso reproductivo.² Esta posibilidad está dada por factores condicionantes, enfermedades o circunstancias que interfieran durante el embarazo, parto o puerperio; su magnitud difiere de una mujer a otra, por lo que debe evaluarse de forma integral e individualizada.

Se estima que en Cuba entre 15 y 25 % de la población femenina en edad fértil tiene alguna condición social, biológica, psíquica, ambiental o de conductas, que permitan clasificarlas dentro del riesgo preconcepcional.³

Ahora bien, según los datos del Departamento de Estadísticas y el análisis de la situación de salud en la zona que atiende el "Policlínico Ramón López Peña", existen 5 874 mujeres en edad fértil (15-49 años), de ellas, solo 11,03 % (648) se encuentran dispensarizadas en el programa de riesgo reproductivo preconcepcional, lo cual está por debajo del estimado nacional. Se observa además, que aún llegan al embarazo mujeres con algún factor de riesgo no identificado y/o atendido inadecuadamente en la etapa que antecede a la gestación, lo que permite catalogarlas de alto riesgo y riesgo obstétrico incrementado. En los últimos 5 años, el área ha mostrado indicadores poco favorables en el Programa de Atención a la Madre y al Niño, por lo que no se han alcanzado los objetivos propuestos en materia de salud sexual y reproductiva. A esto se añade que solo 42 % de las féminas dispensarizadas en el Programa de Riesgo Reproductivo Preconcepcional (PRRPC) se encuentran controladas, lo que permite pensar que aún queda mucho por hacer al respecto.

Se impone entonces la necesidad de realizar acciones de salud con calidad en este grupo poblacional, enfocadas hacia la detección de estas dificultades y a lograr indicadores favorables sostenidos.

La calidad es difícil de definir cuando se relaciona con la atención sanitaria; algunos autores la definen como aquella que reúne los requisitos establecidos y satisface las necesidades de obtener el máximo de beneficio con el mínimo de riesgo para la salud y bienestar de los pacientes. En 1989, la Organización Internacional para la estandarización (ISO, por sus siglas en inglés) definió la calidad como "... el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado".^{4,5}

A pesar de que el objetivo fundamental de los profesionales de la salud es brindar servicios con calidad, no siempre se garantiza su cumplimiento absoluto. Se necesita realizar evaluaciones de la calidad con que las actuales acciones de salud benefician a la población para tomar decisiones adecuadas sobre lo que se debe hacer para mejorar esta.

Por todo lo anterior, se decidió realizar la presente investigación, que pretende evaluar la calidad del proceso en la ejecución del Programa de Riesgo Reproductivo Preconcepcional, a fin de aportar datos que sirvan de herramientas a los directivos del área para la futura toma de decisiones, en aras de garantizar la salud reproductiva de la población en edad fértil y mejorar los indicadores del Programa de Atención a la Madre y al Niño.

MÉTODOS

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud para evaluar la calidad del proceso de ejecución del Programa de Riesgo Reproductivo Preconcepcional a través de la competencia profesional de los médicos y enfermeras de la familia del Policlínico Docente "Ramón López Peña" de Santiago de Cuba, desde abril hasta noviembre del 2016, para lo cual se utilizó la Metodología para la Evaluación de la Calidad en Instituciones de Atención Primaria de Salud, propuesta por la Escuela Nacional de Salud Pública.

El universo estuvo integrado por 45 profesionales (21 médicos residentes de Medicina General Integral y 24 Licenciadas en Enfermería) vinculados a la asistencia médica en los consultorios de esta área de salud, quienes dieron su voluntad de participar en la investigación y que permanecieron en el área durante el tiempo que duró el estudio. Además, se revisaron las historias clínicas individuales (HCI) de 3 mujeres dispensarizadas en el programa por cada consultorio médico (que hacen un total de 81 HCI), las historias de salud familiar (HSF) y los análisis de la situación de salud (ASS) de los 27 consultorios.

La investigación se organizó en diferentes etapas:

- I Etapa: preparación del proceso evaluativo
 1. Selección de actividades y/o problemas de salud *trazadores* de la calidad de la atención.
 2. Definición de la dimensión de la calidad a evaluar: proceso de la atención médica a mujeres con RRPC: calidad científico-técnica (competencia y desempeño profesional)
 3. Selección del universo de estudio
 4. Formación de un grupo de expertos en el tema de investigación que preestableció los criterios, indicadores y estándares utilizados para dar salida a los objetivos propuestos, además ayudaron a confeccionar los instrumentos de evaluación (examen de competencia y guía de observación para el monitoreo del desempeño).
- II Etapa: ejecución del proceso evaluativo
 1. Aplicación de los instrumentos diseñados para evaluar el criterio seleccionado.
 2. Determinación de las desviaciones existentes en relación con los estándares preestablecidos.

3. Clasificación de las desviaciones en problemas de conocimiento y desempeño que pueden modificarse con la capacitación.
 - Evaluación del proceso
 - Evaluación de conocimientos: se aplicó un instrumento evaluativo que contó de 11 preguntas relacionadas con el programa de RRPC (examen de competencia), el cual recogió además la información acerca de la categoría ocupacional de los profesionales (residentes de MGI y licenciados en enfermería).
 - Se calificó como aprobado al profesional cuando obtuvo 70 puntos o más en el examen. Para el área de salud este indicador fue evaluado según los estándares prefijados para cada indicador y se consideró adecuado (A) cuando 70 % o más de los examinados alcanzaron la condición de aprobado en su examen de competencia. Asimismo, se evaluó como inadecuada la competencia profesional en la institución cuando menos de 70 % de sus evaluados resultó aprobado.
 - Evaluación del desempeño profesional: se definieron 6 criterios que se consideraron adecuados teniendo en cuenta lo siguiente:
 1. Historia de salud familiar: cuando estaban dispensarizadas todas las mujeres con RRPC, con programación de consultas y terrenos; además, se especificaba el riesgo y las principales acciones.
 2. Historia clínica individual: se cumplía con los controles programados y en ellos se abordaban todos los aspectos que definían el programa, tales como situación del riesgo, método de control y acuerdo con la pareja relacionado con la planificación familiar; además, debían aparecer acciones dirigidas a modificar, controlar o eliminar el riesgo.
 3. Tarjetas de RRPC: existía una tarjeta por cada mujer donde se especificaron los datos generales, la causa del riesgo, el tiempo para modificarlo, la fecha de consulta e interconsulta y las principales acciones.
 4. Interconsulta (IC) ginecología y especialidades afines: aparecía reflejada en la HCI la IC con el ginecobstetra y los especialistas afines al riesgo que presentaba.
 5. ASS: se comprobó que se analizaba la situación del programa en el ASS del consultorio médico de la familia (CMF).
 6. Criterios de remisión a consulta de planificación familiar (PF): cuando las mujeres habían sido remitidas adecuadamente a esta consulta.

Se consideró adecuado (A) el desempeño profesional cuando se cumplió con el estándar preestablecido para 70 % o más de los criterios, siempre que entre ellos estuvieran los siguientes: 1, 2, 3 y 4; e Inadecuado (I) cuando no se cumplió con esta condición. Para el área de salud se consideró adecuado cuando en 70 % de los casos se alcanzó esta evaluación e inadecuado si no se obtuvo esta cifra.

Los datos obtenidos fueron procesados de forma manual y se utilizaron técnicas de la estadística descriptiva (frecuencia absoluta y relativa) como medidas de resumen para variables cualitativas.

RESULTADOS

La figura muestra que 53,3 % de la serie estuvo representada por enfermeras y el resto eran residentes (46,7 %).

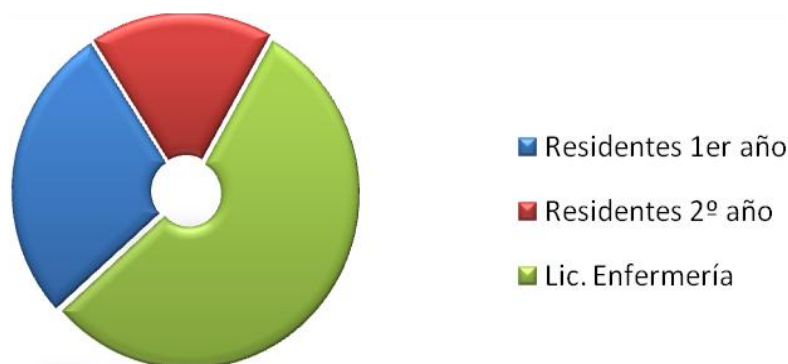


Fig. Profesionales según categoría laboral

Se evaluó el conocimiento de los profesionales en relación con algunos aspectos esenciales para el seguimiento adecuado de las parejas con riesgo reproductivo preconcepcional y se comparó el resultado con los estándares prefijados por el equipo de expertos. En la tabla 1 se observa que hubo desconocimiento de los objetivos del programa (solo 66,6 % de respuestas adecuadas), los criterios de control (62,2 %), fallo (66,7%) y salida (55,6%), así como los criterios de remisión a consulta de planificación familiar (48,9 %), siendo este último el aspecto menos conocido. De manera general, el conocimiento de los profesionales evaluados resultó inadecuado, al obtener solo 62,2 % de aprobados, pues no se alcanzó el porcentaje predeterminado por los expertos (70 %).

Tabla 1. Competencia profesional de los participantes en relación con el programa de riesgo reproductivo preconcepcional

Criterios	Indicador		Estándar (%)	Evaluación
	No.	%		
Concepto de RRPC	41	91,1	90	Adecuado
Características generales del PRRPC	33	73,3	70	Adecuado
Criterios de control del PRRPC	28	62,2	85	Inadecuado
Criterios de fallo del PRRPC	30	66,7	85	Inadecuado
Criterios de salida del PRRPC	25	55,6	85	Inadecuado
Criterios de remisión a consulta de Planificación Familiar	22	48,9	70	Inadecuado
Objetivos	30	66,7	90	Inadecuado
Clasificación de los factores de RRPC	43	95,6	90	Adecuado
Criterios para dispensarizar a las mujeres en el PRRPC	39	84,4	80	Adecuado
Criterios para brindar una atención integral a la mujer con RRPC	39	86,7	80	Adecuado
Finalidad del seguimiento semestral	30	66,7	80	Inadecuado
Evaluación general	28	62,2	70	Inadecuado

Para evaluar el desempeño profesional se realizó una auditoria retrospectiva a las HCI de 3 mujeres dispensarizadas en el programa de RRPC por cada consultorio médico (81 HC); además, se revisaron los 27 ASS y las Historias de Salud Familiar donde estaban dispensarizadas las pacientes seleccionadas. En la tabla 2 se resumen los resultados de esta evaluación, en la cual se observa que también existieron dificultades en el desempeño al obtener una evaluación general inadecuada.

Solo 17,5 % de las féminas con riesgo y criterio de evaluación habían sido valoradas por el especialista afín al riesgo que presentaban y 44,1 % habían asistido a interconsulta con el ginecobstetra del área. De igual forma, solamente 52,6 % de las mujeres evaluadas tenían tarjeta de riesgo preconcepcional con acciones dirigidas a modificar el factor de riesgo en un plazo determinado, mientras que no todas las HCI reflejaban el pensamiento médico, ni el convenio con la pareja relacionado con el momento ideal para el embarazo.

Resultaron adecuados solo 2 de los criterios establecidos: la dispensarización en la HSF y la discusión del programa en 100,0 % de los ASS.

Tabla 2. Desempeño de los profesionales con respecto al programa de riesgo preconcepcional

Criterios	Indicador (%)	Estándar (%)	Evaluación
Historias de salud familiar	93,1	90	Adecuado
Historias Clínicas Individuales	79,0	95	Inadecuado
Tarjetas de RRPC	52,6	95	Inadecuado
Interconsulta de ginecobstetricia	44,1	95	Inadecuado
Interconsulta con especialidad afín al riesgo	17,5	90	Inadecuado
Análisis del PRRPC en el Análisis de la Situación de Salud del CMF	100,0	80	Adecuado
Criterios de remisión a Consulta de Salud Reproductiva y Planificación familiar	59,7	70	Inadecuado
Evaluación general	42,3	70	Inadecuado

DISCUSIÓN

El concepto de calidad asistencial ha evolucionado a través de los años desde que Avedis Donabedian propusiera, en 1980, una definición que ha llegado a ser clásica y formulada de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes". De igual manera, en 1989, la ISO definió este proceso.^{5,6}

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1991 afirmó: "una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".⁵

La calidad de los servicios en la atención primaria de salud depende de muchos factores y está directamente vinculada con la competencia del equipo sanitario que brinda asistencia, así como los resultados alcanzados por estos en la mejoría del estado de salud de la población. La competencia profesional se define como "la capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios".⁵

El riesgo reproductivo preconcepcional es un indicador que permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables a sufrir daño durante el proceso

reproductivo, y encaminar hacia ellos los recursos disponibles para priorizar su atención.^{2,7}

La magnitud del problema que representa la morbilidad y mortalidad, tanto materna como perinatal, es tan importante que se debe considerar trascendente la realización de un análisis de la calidad de la atención del riesgo preconcepcional teniendo en cuenta los conocimientos y habilidades que, sobre el tema objeto de investigación, debe tener el personal médico y de enfermería (competencia profesional), siendo esta una herramienta que permite precisar aquello que provoca disminución de la calidad en el proceso de prestación de la asistencia médica y, además, orienta hacia las necesidades educativas que puedan ser más efectivas para la transformación del proceso de trabajo y de la misma situación de salud.⁸

De igual manera, los cambios acelerados del mundo actual hacen necesaria una actualización profesional permanente. Las decisiones técnicas adecuadas están condicionadas por la posibilidad real de ejecutarlas y la información, así como el conocimiento que poseen los profesionales en determinado momento, en este caso particular, de este conocimiento depende, en gran medida, la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Cabe destacar que el nuevo enfoque del programa de RRPC va dirigido a favorecer los embarazos en los grupos priorizados en las mejores condiciones posibles, con énfasis en las menores de 20 años y mayores de 30, lo cual posibilita una elevada seguridad en este con los riesgos atenuados o eliminados. El seguimiento semestral de las parejas en riesgo tiene como finalidad fundamental mejorar la condición de riesgo, utilizar la anticoncepción apropiada para espaciar el embarazo hasta el momento más oportuno para la gestación, lograr embarazos deseados saludables o con el menor riesgo posible y mejorar la calidad de vida de madres e hijos.³ Estos aspectos no eran del todo conocido por los profesionales evaluados.

El profesional de la salud debe vivir dedicado plenamente a adquirir nuevos conocimientos, interesado por el avance científico y sus nuevos aportes para favorecer la mejoría del estado de salud de la población que atiende.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea que una interacción efectiva prestador de servicio–usuario (a) necesita de la capacitación permanente de los proveedores y, aunque como elemento único de superación ello no conducirá necesariamente a una mejor entrega de servicios, sí constituye un paso necesario en este sentido.⁹⁻¹¹

El desempeño profesional se define como la conducta real del individuo durante su participación en el proceso; la medida en que es capaz de utilizar los recursos de que dispone para alcanzar el máximo resultado. Dicha categoría constituye el centro del proceso de atención médica, pues mediante ella se garantiza el cumplimiento de dicho proceso y el acceso a las tecnologías necesarias, así como el alcance de los resultados en técnicas de efectividad clínica, diagnóstica y terapéutica.⁴⁻⁶

Las historias clínicas son los documentos de los cuales se parte en la mayoría de los estudios de evaluación del proceso de atención médica, aunque se discute el hecho de cuán completas son, además de que al evaluar el proceso a partir de este documento se le atribuye un valor al mismo y no a la atención prestada en sí. A pesar de ello es un instrumento básico de la atención primaria de salud, tiene función diagnóstica y

sirve de base para el planteamiento, ejecución y control, en cada caso, de las acciones destinadas al fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.

Al respecto, la mayoría de los indicadores que se definieron como indispensables para alcanzar la condición de adecuado resultaron deficientes en su evaluación, pues a pesar de existir las HCI, las evoluciones carecían del pensamiento médico y de la negociación con la pareja sobre el momento óptimo para la procreación, muchas no reflejaban ni siquiera el método anticonceptivo que utilizó la pareja para especiar los embarazos y las orientaciones eran generales, más hacia la enfermedad que presentaba la paciente (en las que padecían enfermedades crónicas) que hacia el control y/o modificación de su condición de riesgo. Todo esto hizo que estos indicadores quedaran muy por debajo de los estándares prefijados.

Por otro lado, a pesar de que 100,0 % de los ASS revisados incluía el análisis del programa, este se limitaba a exponer datos numéricos sin la adecuada interpretación y discusión de estos.

Se necesita una concientización por parte de todos los profesionales de la salud y mayor responsabilidad moral, que entraña responder por su competencia y desempeño profesional, requisito indispensable para cumplir con los principios éticos fundamentales: no dañar y hacer el bien. Es preciso, entonces, garantizar la competencia no solo en aspectos científico-técnicos, sino también en los relacionados con la dimensión humana.

De manera general, en la evaluación realizada al proceso de ejecución del Programa de Riesgo reproductivo Preconcepcional, se pudo determinar que su calidad no fue la mejor y las dificultades detectadas en la competencia profesional (tanto en conocimiento como en el desempeño), pudieran incidir en los resultados negativos del Programa de Atención Materno Infantil en el área de salud.

Se recomendó evaluar otras dimensiones de la calidad de la atención en este programa para la adecuada toma de decisiones por los directivos del área; iniciar una capacitación dirigida a mejorar la preparación de los profesionales en relación con las dificultades encontradas, así como un mayor control de la cadena de dirección para garantizar el cumplimiento de las acciones que se deben realizar en el consultorio médico desde una adecuada identificación de los factores de riesgo, la dispensarización y el seguimiento correcto de cada pareja en particular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. MinRex. Nota de respuesta de Cuba a la solicitud de información de la Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en virtud de la resolución 18/2 del Consejo de Derechos Humanos titulada "La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos." [citado 4 Feb 2017].
2. Riesgo reproductivo preconcepcional. En: EcuRed. Enciclopedia Colaborativa Cubana. [citado 4 Feb 2017].
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de Procedimientos para la atención de grupos priorizados (mujer) dirigido a médicos y enfermeros(as) de la familia. La Habana: MINSAP; 2013.

4. Barrasa Villar JI, Enríquez Martín N, Abad Díez JM, Valderrama Rodríguez M, Pérez Pérez A, Revilla López C, et al. La calidad de la Atención Sanitaria. Indicadores de Efectividad Clínica. SECA; 2013 [citado 4 Feb 2017].
5. Net Á, Suñol R. La calidad de la atención. [citado 4 Feb 2017].
6. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol I. Health Administration Press. Ann Arbor;1980.
7. Rodríguez Domínguez PL, Hernández Cabrera J, García León LT. Propuesta de acción para reducción de factores maternos en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010 [citado 4 Feb 2017]; 36(4).
8. Del Valle Llagostera JG, Plasencia Asorey C, del Valle García N, Nápoles Vaillant E, Matamoros Sánchez D. Calidad de la atención prenatal en el área de Mella. MEDISAN. 2010 [citado 4 Feb 2017]; 14(5).
9. Chelada C. Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. Washington: OPS; 2010. p. 1-37.
10. Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Argentina: Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; 2013 [citado 4 Feb 2017].
11. Toledo Fernández AM. Riesgo preconcepcional en los indicadores negativos del programa materno infantil Policlínico Universitario "Antonio Maceo." Ilustrados [citado 4 Feb 2017].

Recibido: 7 de febrero de 2017.

Aprobado: 11 de abril de 2017.

Naifi Hierrezuelo Rojas. Policlínico Docente "Ramón López Peña", avenida 12 de Agosto y calle A, reparto Municipal, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: juliat@infomed.sld.cu