

HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Criterios del médico de familia acerca del ingreso domiciliario en el Área Norte de Ciego de Ávila

Criteria of the family doctor about home admission in the North Area of Ciego de Ávila

Zucely Pujol Ortiz¹, Adoración Duarte Vilariño², Carlos Páez Díaz³, Gleyber Pujol Rosón⁴.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en sistemas y servicios de salud, de Julio del 2002 a septiembre de 2003, donde se recogió el criterio que tienen los médicos de familia sobre el ingreso domiciliario en el Área Norte del municipio Ciego de Ávila. El universo estuvo constituido por todos los médicos de familia que atienden población. Se realizó una encuesta validada por expertos. Los resultados fueron: en la hoja de cargo no se reportaron la totalidad de los ingresos domiciliarios; los médicos refieren que no siempre cuentan con los recursos y el tiempo necesarios para atender a sus pacientes ingresados; los profesores del Grupo Básico de Trabajo no interconsultaron a la mayoría de los casos; el ingreso domiciliario tiene buena aceptación por los pacientes. Los médicos en su mayoría se mostraron satisfechos con los resultados del ingreso domiciliario, por lo que se concluye que existe un gran desconocimiento de la metodología por parte de los médicos de familia del Área Norte de Ciego de Ávila.

Palabras clave: SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD A DOMICILIO/normas, MEDICOS DE FAMILIA.

ABSTRACT

A descriptive study on health systems and services was carried out, from July 2002 to September 2003, where the criterion that family doctors have about home admission in the Northern Area of Ciego de Ávila municipality was collected. The universe of study was constituted by all the family doctors that take care of this population. A survey, validated by experts, was carried out. The results were: in the charge sheet, all the household income was not reported; the doctors say that they do not always have the resources and time necessary to care for their admitted patients; the teachers of the Basic Working Group did not inter-consult the majority of the cases; home admission has good acceptance by patients. The majority of doctors were satisfied with the results of home admissions, reason why it is concluded that there is a great ignorance of its methodology on the part of the family doctors of the North Area of Ciego de Ávila.

Keywords: HOME CARE SERVICES/standards; PHYSICIANS, FAMILY.

1. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
2. Especialista de Segundo Grado en Anatomía Patológica. Profesor Asistente. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
3. Licenciado en Fisioterapia y Rehabilitación. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
4. Estudiante de 3er Año de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas. Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La atención de salud a domicilio no constituye una modalidad nueva en el quehacer médico, desde tiempos inmemorables se utilizó esta forma de atención. Con el desarrollo de la Medicina Familiar como especialidad, a partir de la segunda mitad de la década de los 60, en el mundo este tipo de práctica adquiere una nueva dimensión.

En Cuba a partir del mes de Febrero de 1985, prácticamente desde el propio surgimiento del Plan del Médico y la Enfermera de la Familia, se comenzó experimentalmente a llevar a cabo la iniciativa del ingreso a domicilio, convirtiéndose en uno de los elementos distintivos del accionar de este nuevo tipo profesional que se inserta en el Sistema Nacional de Salud.⁽¹⁾ Desde 1990, con el inicio del período especial en el país, se introduce en el Sistema Nacional de Salud. El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, aunque no deja de aumentar su cobertura a la población por año, se impacta negativamente. Aparece inestabilidad de medicamentos y medios diagnósticos para estudiar y tratar al paciente ingresado en el hogar, así como problemas de competencia y el desempeño del médico y la enfermera de la familia y el Grupo Básico de Trabajo (GBT)⁽²⁻³⁾. Años después, en el marco del fortalecimiento de la atención primaria de salud, primera estrategia del Ministerio de Salud Pública para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, reaparece el desarrollo del ingreso domiciliario como uno de los puntos donde debe lograrse el mayor impacto. En la actualidad, con la implantación del subsistema de urgencias en la atención primaria, la posibilidad de la consulta especializada, así como el acceso a exámenes de laboratorio y radiográficos ante situaciones de urgencia, se amplían considerablemente las posibilidades de atención a domicilio. La existencia de medicamentos esenciales y priorizados en la Farmacia Principal Municipal y del stock para el ingreso domiciliario en el resto de la red de farmacias, refuerzan también las potencialidades de esta forma de atención. La cirugía ambulatoria y el egreso hospitalario temprano tienen también un pilar fundamental en el mismo.⁽⁴⁾ El objetivo de este trabajo es investigar las causas que propician la no realización del ingreso domiciliario, precisando algunos criterios de los médicos de familia que atienden población en el Área Norte del municipio Ciego de Ávila sobre esta modalidad.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo en sistemas y servicios de salud, de Julio del 2002 a septiembre del 2003, para conocer los criterios que tienen los médicos de familia sobre el ingreso domiciliario en el Área Norte del municipio Ciego de Ávila. El universo estuvo constituido por todos los médicos de familia que atienden población en el área, para un total de 67 médicos; de ellos 27 médicos residentes y 40 médicos especialistas en MGI. Se estudió todo el universo por ser finito y pequeño, no fue necesario realizar muestreo.

Se realizó una prueba piloto con las encuestas elaboradas donde fueron entrevistados todos los médicos de familia que atienden población. Posteriormente se consultaron los criterios de expertos realizándose algunas modificaciones hasta lograr la validación del instrumento. La encuesta fue elaborada en función de los objetivos del estudio (Anexo 1). Los expertos fueron:

- Departamento de Informática y Computación de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.
- Profesores que imparten cursos de Metodología de la Investigación (Dra. en Ciencias Biológicas).
- Profesionales de alta calificación científica y docente (Especialista en Epidemiología y Especialista en MGI).

La guía fue aplicada utilizando una entrevista y el entrevistador adiestrado en el tema explicó a los informantes con palabras claras los objetivos y el carácter anónimo y voluntario de la entrevista.

Para evaluar el criterio de cada médico se consideró:

- SIEMPRE: Todas las veces.
- CASI SIEMPRE: La mayoría de las veces con algunas excepciones.
- A VECES: En contadas ocasiones, esporádicamente.
- NUNCA: En ningún tiempo o ningún momento.

La información se procesó con el programa Excel, como medida se utilizó el porcentaje y el resultado se presentó en tablas de distribución de frecuencias.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En cuanto al reporte del ingreso domiciliario en hoja de cargo los especialistas plantean que siempre lo hacen, sin embargo, un 3,7% de los residentes no lo reportan; a pesar que esto forma parte de su evaluación mensual y que en todos los casos se deben aplicar las normativas de la carpeta metodológica, donde se establece que el ingreso domiciliario debe reportarse en hoja de cargo para su control estadístico y su discusión en la reunión de GBT. La categoría “a veces” y “nunca” no aparecen en la tabla por no tener valor (Tabla No. 1).

Se observó que el 89.5% de los médicos indicaron el ingreso domiciliario en afecciones agudas, seguidas de las afecciones crónicas agudizadas en un 10.5% y no se reporta que en algún caso se indique fundamentalmente en afección crónica terminal (Tabla No. 2).

En la bibliografía nacional consultada recogimos que en encuesta realizada en esta misma área por la Dra. Acosta y colaboradores encontraron que muchos médicos indicaban el ingreso a domicilio para obtener medicamentos necesarios en algunas patologías o automáticamente al expedir un certificado médico, lo que expresa el desconocimiento de los lineamientos establecidos para este tipo de atención, en esta área de salud.⁽⁵⁾

Al indagar sobre la disponibilidad de los recursos necesarios para la atención a domicilio el 28.4% de los médicos plantearon “casi siempre” y el mayor porcentaje (71.6%) plantearon “a veces” (Tabla No. 3). Esto sugiere que existe desconocimiento por parte de los médicos de la metodología para realizar el ingreso domiciliario.

En la bibliografía revisada se refiere que en esta misma área los médicos encuestados plantearon déficit de recursos para realizar su trabajo en el consultorio, entre los que destacaron; medicamentos, instrumental e historias clínicas individuales.⁽⁶⁾

En cuanto a la disponibilidad del tiempo en ningún caso se recogió que “siempre” tuviera tiempo para la atención a los pacientes ingresados en su hogar.

El 55.2% respondió que “casi siempre” y el 41.8% que “a veces” disponemos de tiempo para esta actividad y el 3% “nunca” dispone de tiempo, siendo los más afectados en todos los casos los médicos residentes quizás por estar sometidos a un horario menos flexible, pues están vinculados a la docencia con un régimen evaluativo (Tabla No. 4). En todos los casos puede afectar contra la disponibilidad de tiempo el gran número de horas que se dedican a cursos de postgrado. Al indagar sobre la aceptación del ingreso domiciliario por parte de los pacientes se deduce que más del 50 % de los mismos lo aceptan, lo cual concuerda con la bibliografía revisada.⁽⁷⁻⁸⁾ En otros estudios realizados en la Policlínica Comunitaria Docente “Pedro Borrás” de Pinar del Río también se comprobó la aceptación del paciente y la participación de la familia en un 80%, cifra más alta que la encontrada en el presente trabajo (67,2%).⁽⁹⁾ El 29,8% de los pacientes lo aceptan “casi siempre” y el 3% “a veces” lo que puede ser la consecuencia de la calidad deficiente del mismo en los casos en que no se dispone de tiempo, de recursos, no se interconsultan los pacientes debidamente con los especialistas, etc. (Tabla No. 5).

Solo el 2,3% de los pacientes ingresados (Tabla No. 6) en el hogar recibe la interconsulta de los profesores del GBT. El 28,3% “casi siempre” que se considera un porcentaje bajo. El 43,3% “a veces” y el 26,1% preocupantemente “nunca” recibe la interconsulta de los profesores del GBT. En la referida tabla son los especialistas de MGI los que menos reciben interconsulta del GBT a sus ingresos domiciliarios. Se aprecia cómo se incumple con la metodología del I.D. que exige la interconsulta del docente de la especialidad requerida sin hacer alusión a la categoría del médico que asume el ingreso y así garantizar la calidad de la atención médica y contribuir a la superación científica del médico y la enfermera de la familia.⁽¹⁰⁻¹¹⁾ También se incumple con lo normado en la carpeta metodológica referente a las funciones del GBT, donde se establece que el mismo deberá evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se brinda a cada individuo, familia y comunidad, en actividades de consulta y terreno, realizar la inter consulta programada o no para garantizar la atención oportuna y de calidad; desarrollar el proceso docente de formación y capacitación profesional establecido, convirtiendo toda actividad asistencial de inter consulta de evaluación en un acto capacitante; participar en la elaboración y conducción del Análisis de la Situación de Salud de los consultorios y G.B.T y desarrollar un plan temático de investigación que de respuesta a los principales problemas identificados así como organizar y conducir sistemáticamente las reuniones del G.B.T.⁽⁴⁾

Al preguntar sobre el estado del paciente al alta en el ingreso domiciliario son todos los médicos de la opinión que los pacientes deben egresar “curados” o “mejorados”. No se recoge ningún caso de “remisión” o “fallecido” lo que en algo se explica con la tabla No. 2 pues no existieron casos de enfermedad crónica terminal.

Resulta contradictorio que según se refiere en las tablas anteriores los médicos “a veces” e incluso “nunca” tienen tiempo para atender a los pacientes ingresados en el hogar; “a veces” no disponen de los recursos necesarios, un porcentaje elevado “a veces” o “nunca” recibe la interconsulta de los profesores del GBT; es imposible una evolución adecuada de los pacientes y al egreso se encuentren “curados” o “mejorados”, por lo que no se considera fidedigno este resultado. Al analizar el estado de satisfacción de los médicos con los resultados obtenidos con el ingreso domiciliario resulta contradictorio que el 61,2% de los médicos “sí” estuvieron satisfechos, no obstante plantear en la Tabla No. 3 que no siempre cuentan con recursos necesarios y en la Tabla No. 4 el 41,8% “a veces” no tienen el tiempo necesario, así como la situación referida de la interconsulta de los profesores del GBT que se muestra en la tabla No. 6.

En los trabajos del Dr. Remonnay sobre el tratamiento a domicilio de pacientes con cáncer⁽¹²⁾ y del Dr. Paredes Díaz en el Servicio de Máxilo Facial del Hospital Clínico Quirúrgico “10 de Octubre” se demuestra que los médicos sienten un alto grado de satisfacción por los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico ambulatorio en terceros molares retenidos, basándose en el servicio de atención de salud a domicilio con control y evolución del médico y enfermera de la familia.⁽¹³⁾

CONCLUSIONES

No todos los médicos de familia aplican las normativas de la Carpeta Metodológica y no se realiza un adecuado reporte estadístico del Ingreso Domiciliario. Las afecciones en las que fundamentalmente se indicó fueron las agudas, en ningún caso las crónicas terminales, por lo que no se reportaron fallecidos. Un gran porcentaje de los profesionales carece de recursos y tiempo necesarios para atender a los pacientes ingresados, teniendo la mayoría de ellos facilidad de acceso a los domicilios. Es pobre la participación de los profesores del G.B.T. en este tipo de atención. Un alto porcentaje de los pacientes aceptaron ser ingresados en el hogar y fueron dados de alta, en su mayoría, curados. Con estos resultados los médicos se sintieron satisfechos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moya MA, Garrido E, Rodríguez Abrines J, Foyo L, Moya R. Lineamientos generales para el ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. 1988; 4(1):72-7.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud cubana 1992-2000. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1992.
3. García Fariñas A. Costos directos del ingreso en el hogar en Cuba. Rev Cubana Salud Públ [serie en Internet]. 2008 [citado 12 Ene 2008]; 34(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/Word/spu14108.doc
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
5. Acosta Gómez Y. Retos y desafíos para la permanencia del especialista en M.G.I en la comunidad [tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas “Dr. José Aseff Yara”; 1999.
6. Pineda Folgoso L. Seguimiento ortopédico especializado en las afecciones osteomioarticulares mediante el ingreso en el hogar. Jornada Científica. Policlínico Docente Área Norte. Ciego de Ávila; 1998. [Documento no publicado]
7. Bouza HP, Márquez PM, Martín J, Montano G, Romero RE, Vergel M. Costos, beneficios y satisfacción poblacional del ingreso domiciliario. Medicentro. 2004; 8(1):1-8.
8. Márquez N. Grado de satisfacción con el ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2002 [citado 9 Sep 2009]; 18(5):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi0252002.htm
9. Pita Navarro F. El ingreso en el hogar. Análisis de un año de trabajo. Rev Cubana Enferm. 1993; 9(20):81-6.

10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Organización y funcionamiento del equipo básico de salud (EBS) [Monografía en Internet]. La Habana: MINSAP; 2000 [citado 29 Ene 2008]. Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/carpeta/organización.pdf>
11. Garrida RJ, Reyes MR, Cordero V, Rodríguez E. El ingreso en el hogar: dificultades para la ejecución del proceso de atención de enfermería en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2003 [citado 19 Ago 2009]; 19(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_1_03/mgi02103.htm
12. Remonnay R, Devaux Y, Chvetzoff G, Morelle M, Carrere MO. Cancer treatment at home or in the hospital: what are the costs for french public health insurance? Findings of a comprehensive-cancer centre [página en Internet]. 2004 [citado 9 Ago 2009] [aprox. 17 pantallas]. Disponible en: <http://df.doi.org/doi:10.1016/j.healthpol.2004.07.001>
13. Paredes Díaz J C. El tratamiento quirúrgico ambulatorio en los terceros molares retenidos: nuevo procedimiento. Rev Cubana Estomatol. 1991; 28(1):34-8.

ANEXOS

ENCUESTA

Encuesta sobre ingreso domiciliario a los médicos de familia que atienden población en el Área Norte del municipio Ciego de Ávila. Favor responder con veracidad el cuestionario anónimo. Al responder tenga en cuenta las siguientes definiciones:

SIEMPRE: Todas las veces.

CASI SIEMPRE: La mayoría de las veces con algunas excepciones.

A VECES: En contadas ocasiones, esporádicamente.

NUNCA: En ningún tiempo o ningún momento.

1. Condición como médico de familia:

- a. Residente _____
- b. Especialista _____

2. ¿Reportas el Ingreso Domiciliario en la hoja de cargo?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

3. ¿Indicas el Ingreso Domiciliario fundamentalmente en afecciones?

- a. Agudas
- b. Crónicas agudizadas _____
- c. Crónicas terminales _____

4. ¿Tienes los recursos necesarios para realizar el Ingreso Domiciliario?

- a. Siempre _____
- b. Casi siempre _____
- c. A veces _____
- d. Nunca _____

5. ¿Posees el tiempo necesario para la atención de los pacientes con Ingreso Domiciliario?

- a. Siempre _____
- b. Casi siempre _____
- c. A veces _____
- d. Nunca _____

6. ¿Aceptan tus pacientes el Ingreso Domiciliario?

- a. Siempre _____
- b. Casi siempre _____

- c. A veces
d. Nunca
7. ¿Reciben ínter consultas de los profesores del G.B.T. los pacientes con Ingreso Domiciliario?
a. Siempre _____
b. Casi siempre _____
c. A veces _____
d. Nunca _____
8. Tus pacientes con Ingreso Domiciliario al alta generalmente resultan:
a. Curados _____
b. Mejorados _____
c. Remitidos _____
d. Fallecidos _____
9. ¿Te sientes satisfecho de tus resultados con el Ingreso Domiciliario?
a. Sí _____
b. No _____

Tabla No. 1. Reporte en hoja de cargo del ingreso domiciliario

Categoría	Siempre		Casi siempre		Total	
	No	%	No	%	No	%
Residentes	26	96,3	1	3,7	27	100
Especialistas	40	100	0	0	40	100
Total	66	98,5	1	1,5	67	100

Fuente: Encuesta

Tabla No. 2. Afecciones en las que se indicó el ingreso domiciliario

Categoría	Agudas		Crónicas agudizadas		Crónicas terminal		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Residentes	25	92,6	2	7,4	0	0	27	100
Especialistas	35	87,5	5	12,5	0	0	40	100
Total	60	89,5	7	10,5	0	0	67	100

Fuente: Encuesta.

Tabla No. 3. Disponibilidad de los recursos necesarios para el ingreso domiciliario

Categoría	Siempre		Casi siempre		A veces		Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Residentes	0	0	11	40,8	16	59,2	0	0
Especialistas	0	0	8	20	32	80	0	0
Total	0	0	19	28,4	48	71,6	0	0

Fuente: Encuesta.

Tabla No. 4. Disponibilidad de tiempo necesario para la atención a los pacientes con ingreso

Categoría	Siempre		Casi siempre		A veces		Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Residentes	0	0	14	51,9	12	44,4	1	3,7
Especialistas	0	0	28	57,5	16	40	1	2,5
Total	0	0	37	55,2	28	41,8	2	3

Fuente: Encuesta.

Tabla No. 5. Aceptación por parte de los pacientes del ingreso domiciliario

Categoría	Siempre		Casi siempre		A veces		Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Residentes	18	66,7	8	29,6	1	3,7	0	0
Especialistas	27	67,5	12	30	1	2,5	0	0
Total	45	67,2	20	29,8	2	3	0	0

Fuente: Encuesta.

Tabla No. 6. Realización de la interconsulta por parte de los profesores del GBT, a los pacientes ingresados en el hogar

Categoría	Siempre		Casi siempre		A veces		Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Residentes	1	3,7	11	40,8	13	48,1	2	7,4
Especialistas	1	2,5	8	20	16	40	15	37,5
Total	2	2,3	19	28,3	29	43,3	17	26,1

Fuente: Encuesta.

Tabla No. 7. Estado del paciente al alta del ingreso domiciliario

Categoría	Curado		Mejorado		Remitido		Fallecido		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Residentes	14	51,9	13	48,1	0	0	0	0	27	100
Especialistas	25	62,5	15	37,5	0	0	0	0	40	100
Total	39	58,2	28	41,8	0	0	0	0	67	100

Fuente: Encuesta.

Tabla No. 8. Estado de satisfacción de los médicos con los resultados obtenidos

Categoría	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Residentes	21	77,8	6	22,2	27	100
Especialistas	20	50,0	20	50,0	40	100
Total	41	61,2	26	38,8	67	100

Fuente: Encuesta.