

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología

## Propuesta de indicadores de resultado, primera etapa para la medición de la eficiencia del policlínico

[M.C. Anai García Fariñas](#),<sup>1</sup> [Dr. Raúl Pérez González](#)<sup>2</sup> y [M.C. Adolfo Gerardo Álvarez Pérez](#)<sup>3</sup>

### Resumen

Se realizó un estudio descriptivo con la finalidad de identificar indicadores de resultado del policlínico, como primer paso para una futura medición de su eficiencia productiva. Se hizo una revisión bibliográfica y consulta a expertos a través del método *Delphi*. Se efectuó el análisis de las variables del estudio a partir de las bases de datos creadas mediante el empleo de porcentajes. La propuesta final está compuesta por 6 indicadores (índice de mortalidad infantil evitable, índice de cumplimiento del esquema de vacunación, índice de satisfacción de la población, índice de bajo peso al nacer, índice de casos bacilófilos positivos diagnosticados en el policlínico e índice de enfermos crónicos controlados). Los indicadores seleccionados abarcan tanto la dimensión de la salud percibida como de la salud objetiva.

*Palabras clave:* Policlínico, atención primaria de salud, indicadores de resultado, técnica *Delphi*.

### Introducción

En el año 1963 se definió en Cuba al policlínico como la institución fundamental en la prestación de la asistencia médica ambulatoria y en la orientación preventiva de la medicina.<sup>1</sup> En 1964 surge el Policlínico Integral y en 1972 el policlínico se definió como “la institución de la organización de salud que desarrolla actividades de promoción, protección y recuperación de la salud sobre la población de un área determinada, mediante servicios que alcanzan a sanos y enfermos en el ámbito familiar, laboral, escolar o social en general”.<sup>2</sup> El policlínico se ha multiplicado en toda la isla a la vez que se ha desarrollado y fortalecido en su rol como eje central de la estrategia de atención primaria de salud en Cuba.

El presente trabajo es la antesala de un estudio donde se desarrollará un instrumento de medida de la eficiencia productiva para policlínicos. En esta primera etapa el objetivo es identificar indicadores de resultado del policlínico que puedan ser empleados para la confección de un índice de eficiencia. Un indicador, a modo general, puede definirse como “una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un número a través del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo”.<sup>3</sup> En este caso pudiera entenderse el policlínico como el “colectivo”, y la “noción o concepto asociado al colectivo”, pudiera corresponderse con la categoría *resultado* que se pretende estudiar.

La técnica *Delphi* que tiene sus orígenes en la década de los cincuenta,<sup>4</sup> permite contar con la opinión de grupos amplios de expertos que se encuentran alejados geográficamente o que tienen dificultades para reunirse sobre un tema en cuestión, y su

realización es menos costosa en tiempo y dinero.<sup>5</sup> Esta técnica se basa en que la inteligencia grupal refuerza el criterio individual. El *Delphi* convencional usa una serie de encuestas que se aplican en varias rondas para generar la opinión de especialistas de manera anónima y cada versión de la encuesta es refinada e incorpora las sugerencias de la ronda previa.<sup>6</sup>

En la esfera médica, esta metodología se ha usado para identificar *curriculum*, niveles de habilidades clínicas en los médicos, requisitos educativos para los profesionales, para diseñar sistemas como los servicios de emergencia.<sup>7</sup> En Cuba se ha empleado, entre otras, para el establecimiento de funciones y tareas del personal de enfermería a diferentes niveles del sistema nacional de salud<sup>8,9</sup> y en la consulta nacional sobre “síndrome de insuficiencia respiratoria progresiva aguda”.<sup>10</sup> Si bien ha sido una técnica que su uso se ha extendido rápidamente en los últimos años en varios campos del saber humano, todavía existen aspectos metodológicos en los que no se observa un total acuerdo de la comunidad científica, no obstante, internacionalmente no hay dudas de que es un método importante porque logra el acuerdo general en problemas donde no existió algún consenso previamente.<sup>11</sup>

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo entre enero y diciembre de 2005. Se aplicó como método de consulta a expertos la técnica *Delphi*, además se realizó una revisión bibliográfica que se desarrolló desde una perspectiva histórica y pretendió profundizar en aspectos como las bases internacionales y nacionales de la estrategia de la atención primaria de salud (APS), las áreas fundamentales de trabajo del policlínico como entidad de la APS cubana, sus objetivos estratégicos y específicos, la definición de los resultados que se esperan y finalmente, buscar si existían algunos indicadores empleados con anterioridad para evaluarlos. Se definió lo que se entendería por indicador de resultado a partir de la clasificación de *Donabedian* de estructura, proceso y resultados, para evaluar la calidad de los servicios de salud,<sup>12</sup> donde los indicadores basados en resultados o indicadores de resultados son aquellos que miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención. El resultado se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o más específicamente, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida. De manera amplia, *Donabedian*<sup>12</sup> define como resultados médicos “aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual”. También apunta que los resultados incluyen otras consecuencias de la asistencia, como por ejemplo el conocimiento acerca de la enfermedad y el cambio de comportamiento que repercute en la salud o en la satisfacción de los pacientes. A esto se le otorga gran importancia, ya que además de constituir el juicio de los pacientes sobre la calidad de la asistencia recibida, tiene una influencia directa sobre los propios resultados.

La revisión sirvió de base para el desarrollo de un taller de trabajo donde participaron los autores con otros especialistas y tuvo como objetivo preparar una primera propuesta de indicadores de resultado del policlínico.

A partir de lo establecido en la literatura sobre la técnica *Delphi*,<sup>7,13</sup> se procedió a la creación del panel de expertos para lo cual se consideraron el nivel de conocimiento y la experiencia práctica. El grupo de expertos estuvo compuesto por diferentes profesionales de la salud vinculados a la atención primaria, reconocidos por la comunidad científica por su trabajo en el área. Se empleó como criterios de inclusión ser miembro del Grupo Nacional de Medicina Familiar y/o de la cátedra de Medicina Familiar de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), y tener al menos 10 años de experiencia de trabajo en el nivel primario de salud. La selección de los miembros pretendió además, generar un grupo multidisciplinario a la vez que se garantizó su participación sobre las mismas bases o “reglas de juego”. Finalmente, se seleccionaron 22 profesionales: 1 licenciada en Enfermería, 1 licenciada en Psicología y 20 médicos, de los cuales 17 eran especialistas en Medicina General Integral, 1 especialista en Bioestadística, 1 especialista en Epidemiología y 1 especialista en Medicina Interna.

Durante todo el proceso se cumplió el requisito de anonimato que exige la técnica, o sea, ningún experto conoció la identidad de los demás integrantes del grupo. La iteración y retroalimentación controlada se consiguió al presentar 3 veces el cuestionario, con los puntos de vistas comunes y las sugerencias individuales. El proceso fue dirigido por un coordinador como enlace entre los expertos. Las respuestas del grupo se analizaron de forma estadística, aunque el cuestionario tuvo un carácter cualitativo y se realizó una medición cuantitativa del resultado. El equipo de investigación, luego de considerar que los resultados que se obtuvieran en el estudio serían empleados en el desarrollo de un índice de eficiencia a partir de un modelo de programación lineal, en el que un número elevado de indicadores disminuye la capacidad de discriminación del método, estableció que solo los indicadores con 75 % o más de consenso, serían los que pasarían de la segunda a la tercera ronda. De igual forma, para el análisis de la tercera ronda se estableció como límite, para dar como alcanzado el consenso y seleccionar la propuesta final, 85 % o más de aceptación. De esta forma, el equipo de investigación pretendió lograr un número relativamente pequeño de indicadores con un elevado consenso por parte de los expertos.

#### **Primera ronda**

A cada uno de los profesionales se le envió electrónicamente una carta de presentación explicándoles en qué consistía la técnica *Delphi*, la metodología que debía seguirse y la necesidad de su colaboración. Junto a la carta se anexó el primer cuestionario que contuvo la propuesta resultante del taller antes mencionado, a continuación de cada indicador se ubicaron 2 casillas, una donde el experto debía marcar con un cruz (adecuado), si estaba de acuerdo con emplear ese indicador para medir el resultado del policlínico, y otra donde marcaría (no adecuado) de no estar conforme con la propuesta. Además, el cuestionario tuvo la posibilidad de incluir nuevos indicadores, si se consideraba necesario por parte del experto. La contesta debía ser enviada por vía electrónica en un plazo de 15 días. Con el fin de aumentar el porcentaje de respuestas, llegado el plazo límite, a los que no respondieron se les visitó personalmente y se les entregó el cuestionario el cual fue recogido 15 días después. Luego de esto se les envió a todos una carta de agradecimiento por su colaboración. Posteriormente, se realizó el análisis de las respuestas de los expertos, mediante la determinación del porcentaje de aceptación que tuvo cada indicador propuesto.

#### **Segunda ronda**

La elaboración del segundo cuestionario incluyó el porcentaje alcanzado por cada indicador en la ronda anterior, los comentarios y las nuevas propuestas, lo que permitió a los expertos reevaluar sus opiniones al conocer el criterio de los restantes miembros del grupo. El sistema de entrega del segundo cuestionario fue similar al utilizado en la primera ronda. Cada experto pudo comparar sus respuestas anteriores con las de los demás. Luego de terminado el plazo límite, se realizó nuevamente el análisis de las respuestas.

#### Tercera ronda

Esta ronda permitió concentrar la opinión de los expertos en los indicadores con mayores probabilidades de alcanzar el estándar. Para el análisis del cuestionario se procedió de manera similar que en los casos anteriores. Por último, se redactó un informe final del ejercicio y se envió junto a una carta de agradecimiento a los miembros del grupo de expertos.

El procesamiento y análisis de los datos de las encuestas se realizó manualmente. Se utilizó además el *OpenOffice.org* versión 1.1.4 como procesador de textos, así como para el diseño de las tablas.

## Resultados

Mediante el taller de trabajo, se pudo identificar que desde 1988 se estableció que el objetivo general del policlínico es el mejoramiento del estado de salud de la población.<sup>1</sup> En la actualidad el objetivo del policlínico se define como “contribuir al mejoramiento continuo del estado de salud de la población, a través de una prestación de servicios de mayor calidad con los recursos disponibles, aplicando las tecnologías más avanzadas y con un enfoque de riesgo en el abordaje de los problemas de salud”.<sup>14</sup> De igual forma, en los últimos 20 años se han mantenido como áreas específicas de trabajo del policlínico, independientemente de su perfeccionamiento, la promoción y prevención en salud, el diagnóstico precoz, la atención médica y estomatológica integral, la rehabilitación, la salud ambiental, la docencia y la investigación en salud.

Para la identificación de indicadores de resultado del policlínico, se hizo necesario profundizar en la expresión “estado de salud de la población”, en tanto su mejoramiento continuo, es el objetivo general del policlínico. Desde los trabajos de William Farr en el siglo XIX, la descripción y análisis del estado de salud fueron fundados en medidas de mortalidad y sobrevivencia. El estado de salud de la población se ha definido como la categoría de salud pública que expresa sistemáticamente para un momento histórico concreto, el nivel alcanzado en la relación del hombre con la naturaleza y entre los propios hombres respecto a la salud en el plano biológico, psicológico y social.<sup>15</sup> En la actualidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone el abordaje del estado de salud de la población desde 2 dimensiones: *salud percibida* que comprende satisfacción y calidad de vida relativa a salud y *salud objetiva* que incluye la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad.<sup>16</sup>

En relación a la existencia de indicadores previos empleados para medir el resultado del policlínico, se encontraron un conjunto de indicadores en la mayoría de los procesos dirigidos a acciones específicas dentro de las áreas concretas de trabajo del policlínico. En el área asistencial se encontraron indicadores dirigidos al proceso de atención de la

madre y el niño, a la integración de las acciones de salud, y a la atención del adulto mayor y los discapacitados. De igual forma, se encontraron propuestas para el resto de las áreas de trabajo como docencia, higiene y epidemiología y economía, entre otros.<sup>17</sup> Sin embargo, no se encontró en ninguno de los documentos revisados, un grupo de indicadores de resultado que se propusieran para evaluar de forma integral la actividad del policlínico.

La tabla 1 muestra la propuesta de indicadores conformada por el equipo de investigación como resultado del taller y que intentó abarcar las 2 dimensiones del estado de salud antes mencionado, cuya modificación se debiera fundamentalmente al accionar del policlínico. No se consideraron indicadores de las actividades docentes e investigativas, ya que no se encontró una propuesta medible mensualmente. Además, se consideró que el desarrollo de ambas actividades se traduciría en acciones de promoción, tratamiento y rehabilitación, que a su vez tendrían un efecto en el estado de salud de la población.

Tabla 1. Propuesta de indicadores de resultados del policlínico resultantes del taller de trabajo.

No	Nombre del indicador	Descripción del indicador
1	Tasa de mortalidad materna directa.	Defunciones en embarazadas y/o puérperas de causa directa/total de nacidos vivos* 100 000.
2	Tasa de mortalidad infantil.	Defunciones de niños menores de un año/total de nacidos vivos* 1000.
3	Índice de bajo peso al nacer.	Total de niños nacidos con un peso menor a 2 500 g/total de niños nacidos vivos* 100.
4	Índice de casos de tuberculosis diagnosticados en el policlínico.	Total de nuevos casos diagnosticados de tuberculosis por el policlínico/total de casos diagnosticados en el área* 100.
5	Tasa de incidencia de casos VIH positivos.	Número de casos nuevos de VIH positivos/total de la población del área de salud* 1 millón de habitantes.
6	Índice de cumplimiento del esquema de vacunación.	Total de dosis aplicadas/Total de dosis planificadas* 100.
7	Índice de cumplimiento de la pruebas citológicas.	Total de mujeres con la prueba citológica realizada/total de mujeres planificadas según cronograma* 100.
8	Índice de trombolisis precoz.	Número de pacientes trombolizados en los primeros 90 minutos/total de pacientes trombolizados*100.
9	Índice de rehabilitación.	Pacientes dados de alta en el servicio de rehabilitación del policlínico/total de pacientes atendidos* 100.
10	Índice de manzanas positivas a infestación por <i>Aedes aegypti</i> .	Número de manzanas con depósito positivo/total de manzanas visitadas* 100.

11	Índice de muestras de agua aptas para el consumo.	Número de muestras de agua con calidad óptima para el consumo/total de muestras evaluadas*100.
12	Índice de satisfacción de la población.	Número de encuestados que consideraron todos los aspectos como adecuados/total de encuestados*100.

El índice global de respuesta para el primer cuestionario *Delphi* fue 86,4 % (19 profesionales). Como resultado de esta ronda se obtuvieron varios comentarios, además 9 nuevas propuestas de indicadores (tabla 2). Vale señalar las modificaciones propuestas en relación a las medidas de mortalidad materna e infantil, específicamente la creación de índices de mortalidad materna e infantil atribuibles a los servicios médicos primarios, los cuales intentan identificar la proporción de casos que según sus causas de muerte y evolución apuntan a una deficiencia de la actividad del policlínico.

Tabla 2. Nuevas propuestas de indicadores, resultado de la primera ronda del *Delphi*.

No	Nombre del indicador	Descripción del indicador
1	Índice de mortalidad materna atribuible a la APS.	Número de muertes maternas que luego del análisis se concluye fue por responsabilidad de la APS/total de muertes maternas.
2	Índice de mortalidad infantil atribuible a la APS.	Número de muertes del menor de 1 año que luego del análisis se concluye fue por responsabilidad de la APS/total de muertes de menores de 1 año.
3	Tasa de mortalidad por cáncer de mamas.	Número de defunciones por cáncer de mama/total de población femenina del área de salud defunciones* 100 000.
4	Tasa de mortalidad por IMA.	Número de defunciones por IMA/total de población del área de salud* 100 000.
5	Tasa de incidencia de carcinoma <i>in situ</i> .	Número de mujeres con diagnóstico histológico de carcinoma <i>in situ</i> /total de mujeres mayores de 25 años de edad del área de salud* 100 000
6	Índice de embarazadas en riesgo.	Número de embarazadas en riesgo/total de embarazadas* 100.
7	Índice de enfermos crónicos controlados.	Número de pacientes dispensarizados con enfermedades crónicas (HTA, AB, DB) controlados/total de pacientes dispensarizados con enfermedades crónicas (HTA, AB, DM)* 100.
8	Índice de trombolisis.	Número de pacientes trombolizados/total de pacientes que necesitaron la trombolisis* 100.
9	Índice de cobertura de servicios complementarios.	Número de horas al mes que se brindan los servicios de radiología, laboratorio clínico y electrocardiograma/total de horas hábiles del mes* 100.

La tabla 3 muestra los porcentajes de aceptación alcanzados por cada indicador propuesto. En esta primera ronda, todos los indicadores obtuvieron 50 % o más de aceptación.

Tabla 3. Porcentaje de aceptación para cada indicador en cada ronda del *Delphi*.

No	Nombre del indicador	1ra Ronda <i>Delphi</i>	2da Ronda <i>Delphi</i>	3ra Ronda <i>Delphi</i>
1	Tasa de mortalidad materna directa.	74	74	**
2	Tasa de mortalidad infantil.	84	72	**
3	Índice de bajo peso al nacer.	100	100	87
4	Índice de casos de tuberculosis diagnosticados en el policlínico.	89	90	87
5	Incidencia de casos VIH positivos.	84	74	**
6	Índice de cumplimiento del esquema de vacunación.	100	100	100
7	Índice de cumplimiento de la pruebas citológicas.	84	74	**
8	Índice de trombolisis precoz.	74	94	80
9	Índice de rehabilitación.	68	68	**
10	Índice de manzanas positivas a infestación por <i>Aedes aegypti</i> .	89	90	80
11	Índice de muestras de agua aptas para el consumo.	53	53	**
12	Índice de satisfacción de la población.	95	95	100
13	Índice de mortalidad materna atribuible a la APS.	*	73	**
14	Índice de mortalidad infantil atribuible a la APS.	*	86	93
15	Tasa de mortalidad por cáncer de mamas.	*	73	**
16	Tasa de mortalidad por IMA.	*	73	**
17	Tasa de incidencia de carcinoma <i>in situ</i> .	*	72	**
18	Índice de embarazadas en riesgo.	*	72	**
19	Índice de enfermos crónicos controlados.	*	86	87
20	Índice de trombolisis.	*	73	**

21	Índice de cobertura de servicios complementarios.	*	73	**
----	---	---	----	----

\* Fueron incorporados en la segunda vuelta.

\*\* No incluidos por no alcanzar el 75 % en la ronda anterior.

La segunda ronda tuvo un índice de respuesta de 77,2 % (17 profesionales). De los primeros indicadores propuestos, 6 quedaron por debajo del punto de corte establecido para pasar a la tercera ronda (75 %), y de los nuevos propuestos 2 superaron ese valor.

La tercera ronda tuvo un porcentaje de respuesta de 68,2 % para 15 profesionales y finalmente quedaron con 85 % o más de aceptación los siguientes indicadores:

1. Índice de mortalidad infantil atribuible al policlínico.
2. Índice de cumplimiento del esquema de vacunación.
3. Índice de satisfacción de la población.
4. Índice de bajo peso al nacer.
5. Índice de casos bacilófilos positivos diagnosticados en el policlínico.
6. Índice de enfermos crónicos controlados.

## Discusión

En Cuba, comúnmente las unidades que brindan los servicios del nivel primario de salud, se han evaluado a partir de los resultados obtenidos por cada una de sus áreas específicas de trabajo y/o por los resultados alcanzados en los diferentes programas de salud que se ejecutan a este nivel, por lo que la evaluación integral del policlínico se torna en una enorme lista de indicadores. En el trabajo se presenta una propuesta que pretende medir el resultado del policlínico de forma general y que además, sea lo suficientemente reducida en número como para que pueda ser empleada en un futuro, en la construcción de un índice de eficiencia productiva para estas unidades en todo el país.

El empleo de la técnica *Delphi* en este estudio permitió obtener una propuesta que en la teoría está respaldada por el consenso de un grupo de profesionales que son líderes históricos y actuales de la medicina comunitaria y familiar en el país. No obstante, el empleo de esta técnica implica inconvenientes como la pérdida de riqueza del debate en vivo y el efecto negativo de dejar a un lado posiciones extremas, aunque se trate de ideas interesantes.<sup>6</sup> La aplicación de esta técnica también ha sido reportada en un estudio hecho en el Reino Unido, donde se empleó para seleccionar las medidas de resultado (*outcomes*) de las unidades del nivel primario de atención de salud. En este estudio los resultados fueron el nivel de control clínico, la incidencia de complicaciones, de problemas iatrogénicos y el nivel de comprensión de los pacientes de su estado de salud y/o relativo a la calidad de vida.<sup>18</sup>

En relación al tamaño del grupo de expertos vale señalar que no hay ningún acuerdo, recomendación o definición inequívoca de muestras “pequeñas” o “grandes”. Se ha demostrado que resultan raros los estudios *Delphi* con menos de 10 participantes y que la mayoría emplean grupos entre 10 y 100 expertos o panelistas.

En el presente trabajo, aún cuando el grupo de expertos puede considerarse pequeño el número de participantes que completaron las 3 rondas puede considerarse aceptable. La

utilización de un grupo *Delphi* homogéneo, como en este caso, permite reducir el número de participantes, considerándose suficiente un conjunto entre 10 y 40 personas, ya que la información obtenida de un grupo más numeroso podría ser redundante.<sup>4,6</sup>

Para el análisis de los resultados, es importante reconocer la existencia de sesgos por una parte, al usar una técnica de consenso como la empleada, los resultados obtenidos dependen de la visión personal que los participantes tienen sobre ese problema, eliminándose otros posibles resultados quizás más frecuentes, relevantes o realistas. Por otro lado, si se considera que más del 50 % de los expertos trabajan vinculados al policlínico o en direcciones municipales, provinciales o nacionales, directamente relacionadas con su actividad; se pudiera encontrar en los resultados, el sesgo derivado de una posible actitud de autoprotección de los expertos, pues no debe perderse de vista que los indicadores que se buscan van dirigidos a evaluar el resultado, muchas veces de su propio trabajo, de aquí que su elección represente su propio rasero. El control de este sesgo sólo puede alcanzarse con el compromiso de los expertos en el desarrollo de su profesión más allá de los intereses individuales. Además, esta misma composición grupal pudiera representar una garantía de credibilidad y uso de los resultados que de su aplicación se deriven.

La propuesta final de indicadores a la que se arribó refleja acciones que desde los inicios han representado el trabajo de la medicina comunitaria y del policlínico. El índice de mortalidad infantil evitable que se propone deviene en una forma alternativa relativa a la mortalidad infantil, indicador sensible y muy comúnmente usado para medir el estado de salud de la población, pues contribuye a relacionarse con diferentes aspectos sociales, culturales y económicos.<sup>19</sup> Ahora se intenta lograr sistematizar una identificación más precisa de los niños que mueren debido fundamentalmente a fallos en la atención brindada por el equipo de trabajo del policlínico. En varias ocasiones se ha demostrado el efecto que sobre la mortalidad infantil tiene el accionar del policlínico tanto desde el punto de vista de la asistencia médica directa sobre la embarazada y el niño, como en términos de la actividad de promoción de salud con relación a factores de riesgo biológicos (por ejemplo la edad de la madre) y socioambientales (por ejemplo la lactancia materna y la nutrición de la madre).<sup>19,20</sup>

La satisfacción del paciente es un componente importante en la calidad de la atención pero también es parte del estado de salud de la población ya que la insatisfacción puede provocar malestar e inseguridad en las personas, lo que puede influir en su estado anímico y afectivo con la consabida repercusión sobre el estado de salud.<sup>21</sup> El hecho de que haya sido uno de los indicadores incluidos en la propuesta final constituye un reflejo del reconocimiento de su importancia en la labor del policlínico.

Entre las actividades de promoción y prevención de enfermedades que se han consolidado en el policlínico cubano, la vacunación es un ejemplo particularmente exitoso. El Programa Nacional de Inmunización de Cuba se creó en 1962,<sup>22</sup> y después de más de 40 años, se ha logrado la eliminación de 8 enfermedades (la poliomielitis, la difteria, el sarampión, la tos ferina, la rubéola, la parotiditis, el tétanos del recién nacido y la meningitis tuberculosa en menores de un año), a la vez que se han erradicado las complicaciones clínicas más severas del síndrome de rubéola congénita y la meningoencefalitis posparotiditis desde 1989. Otras enfermedades dejaron de constituir un problema de salud para el país (hasta un caso por millón de habitantes), como es el tétanos y el *Haemophylus influenzae* tipo B. En el año 2003, el esquema de vacunación

vigente incluía 15 vacunas para diferentes grupos etáreos y de esas, 40 % se aplican en el policlínico.<sup>23</sup>

El índice de cumplimiento del esquema de vacunación no es un indicador de resultados como lo describe *Donabedian*, sino de proceso; el indicador de resultado pudo ser la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles o la mortalidad por esa misma causa. La decisión de asumir el indicador de proceso en lugar del de resultado se basó en la baja incidencia de estas enfermedades a nivel del área de salud y por consiguiente, la extremada baja mortalidad asociada a ellas. Esta limitación ha sido descrita antes como 1 de los 2 problemas típicos a los que se enfrentan los investigadores cuando se analizan poblaciones pequeñas.<sup>24</sup> Además, las enfermedades inmunoprevenibles brindan la ventaja de que está probada la relación casi directa (sin olvidar que otros factores biológicos y sociales pueden estar implicados) que existe entre el proceso (aplicación de dosis) y el resultado (inmunoprotección y disminución de la incidencia de las enfermedades), por lo que resultó más apropiado, para los fines del estudio, el empleo del indicador de proceso.

La inclusión del indicador “índice de casos bacilófilos positivos diagnosticados en el policlínico” se corresponde con lo contenido en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Cuba, donde se señala que la proporción de casos BAAR+ diagnosticados en la APS debe ser del 80 %.<sup>25</sup> En relación al bajo peso al nacer, es en el policlínico donde se concretan las actividades de diagnóstico y tratamiento, así como las consultas de profilaxis establecida en el programa para este fin, de aquí que el accionar del policlínico tenga un papel fundamental en la modificación de este indicador.<sup>26</sup>

Se concluye que, la utilización de la técnica *Delphi* resultó de gran utilidad ya que permitió lograr un consenso y generó nuevas propuestas enriquecedoras. Se identificaron 6 indicadores que abarcan la mayoría de las actividades propias del policlínico y que son válidos para cualquier unidad de este tipo independientemente de las características epidemiológicas de la población que atienden. Los indicadores que se proponen abarcaron tanto la dimensión de la salud percibida como de la salud objetiva.

## **Agradecimientos**

Se agradece la colaboración de los miembros del panel de expertos que hicieron posible este estudio.

## **Summary**

### **Proposal of outcome indicators, the first stage of measuring polyclinics efficiency**

A descriptive study was made to identify outcome indicators of the polyclinics, as a first step for measurement of productive efficiency in the future. A literature review was made and experts were consulted through the Delphi method. The study variables were analyzed, through percentages, from developed databases. The definite proposal consisted of six indicators (preventable infant mortality index, vaccination schedule fulfillment index, population satisfaction index, low birthweight index, index of positive bacilophilic cases diagnosed by the polyclinics and controlled chronic patient index). The selected indicators cover both the perceived health dimension and the objective health dimension.

*Key words:* Polyclinics, primary health care, outcome indicators, Delphi technique.

### Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública. Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia, el policlínico y el hospital. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1988.
2. Rojas Ochoa F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. Rev Cubana Salud Pública. 2005;31(2). (Consultado en 2006). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31\\_2\\_05/spu12205.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/spu12205.htm)
3. Silva LC. Escalas e indicadores. En: Silva LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Una mirada crítica. Cap.3. Madrid: Díaz de Santos; 1997. p. 43-58.
4. Akins RB, Tolson H, Cole BR. Stability of response characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion. BMC Medical Research Methodology. 2005;5:37.
5. Molina Durán F, Ballesteros Pérez AM, Martínez Rosa MT, Soto Calpea R, Sánchez Sánchez F. Perfil profesional del personal sanitario en atención primaria. Un estudio *Delphi*. Atención Primaria. 1996;17(1):24-33.
6. De Villiers MR, de Villiers PJ, Kent AP. The Delphi technique in health sciences education research. Med Teach. 2005;27(7):639-643.
7. Fallon KE, Trevitt AC. Optimising a *curriculum* for clinical haematology and biochemistry in sports medicine: a Delphi approach. Br J Sports Med. 2006;40:139-144.
8. Torres Esperón JM, Dandicourt Thomas C, Rodríguez Cabrera A. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(3-4). (Consultado en 2006). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21\\_3-4\\_05/mgi073-405.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_3-4_05/mgi073-405.htm)
9. Torres Esperón JM, Hernández Rodríguez JC, Otero Ceballos M, Urbina Laza O. Funciones y tareas asistenciales de enfermería en los cuidados intensivos. Rev Cub Med Int Emerg. 2004;3(4):24-46.
10. Santos García J. ¿Distress o “SIRPA”? Tiempo para un consenso nacional. Rev Cub Med Int Emerg. 2004;3(3):1-3.
11. Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. J Adv Nurs. 2006;53(2):205-212.
12. Donabedian A. Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? Milbank Mem Fund Quart. 1986;44:167-170.
13. Astigarraga E. El método *Delphi*. Universidad de Deusto; (Consultado en 2005). Disponible en: [www.codesyntax.com/prospectiva/metodod/delphi.pdf](http://www.codesyntax.com/prospectiva/metodod/delphi.pdf)

14. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios. Manual de organización del policlínico. Cuba: MINSAP; 2005.

15. Pérez de Alejo B, García Diez P. Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. Rev Cubana Enfermer. 2005;21(2):1-4.

16. Boletín epidemiológico. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín epidemiológico: OPS; 2001;22(4):1-5.

17. Ministerio de Salud Pública. Guía del MINSAP/Evaluación 26 de Julio. Cuba: MINSAP; 2005.

18. Hutchinson A, Fowler P. Outcome measures for primary health care: what are the research priorities? Br J Gen Pract. 1992;42(359):227-231.

19. León López R, Gallegos Machado B, Estévez Rodríguez E, Rodríguez García S. Mortalidad infantil. Análisis de un decenio. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;14(6):606-610.

20. Eisen G. La atención primaria en Cuba: el equipo del médico de la familia y el policlínico. Rev Cubana Salud Pública. 1996;22(2):4-5.

21. Cruz Álvarez NM, Vázquez Vigoa A. Algunas consideraciones sobre promoción de salud. RESUMED. 2001;14(5):205-210.

22. Dotres C. Palabras del Dr. Carlos Dotres ministro de salud pública en el acto de vacunación del Policlínico 15 y 18, 28/03/97. Discursos pronunciados por el Ministro de Salud Pública de Cuba. (Consultado en 2006). Disponible en: <http://www.sld.cu/discursos/rotario.html>

23. Esquema Nacional de Vacunación Vigente en Cuba, 2003. (Consultado en 2006). Disponible en: <http://www.socumefa.sld.cu/vacunacion.htm>

24. Pría Barrios MC. Análisis de la situación de salud en áreas pequeñas. En: Análisis de la situación de salud. Cuba: Ciencias Médicas; 2004. p. 105.

25. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de la Tuberculosis. La Habana: MINSAP; 1999. (Consultado en 2006). Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/tuberculosis/capitulo11.pdf>

26. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. La Habana: MINSAP; 1998. (Consultado en 2006). Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/maternoinfantil/bp.pdf>

Recibido: 18 de septiembre de 2006. Aprobado: 23 de abril de 2007.

M.C. *Anaí García Fariñas*. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta No. 1158 e/ Llinás y Clavel, Centro Habana. Ciudad de La Habana, Cuba. Email: [anai@inhem.sld.cu](mailto:anai@inhem.sld.cu)

1Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Máster en Economía de la Salud. Aspirante a Investigadora. Asistente.

2Especialista de II Grado en Epidemiología. Investigador Auxiliar. Profesor Auxiliar.

3Máster en Salud Pública y Salud Internacional. Investigador Agregado. Asistente.