

**REPÚBLICA DE CUBA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

# **CARPETA METODOLÓGICA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y MEDICINA FAMILIAR**



**VII REUNIÓN METODOLÓGICA DEL MINSAP**

## INDICE DE TEMAS CONTENIDOS EN LA CARPETA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Intervenciones del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz sobre la Medicina Familiar	3
Código de Honor del Médico de la Familia	8
Ética y Educación ética de los trabajadores de la salud de la atención primaria	10
Evaluación de la satisfacción con los servicios de salud en la Atención Primaria de Salud	12
Resolución Ministerial No. 232	16
Perfeccionamiento de la organización y funcionamiento del Policlínico	19
Proyección Comunitaria de las especialidades	22
Interrelación Policlínico Hospital	24
Organización y funcionamiento del equipo básico de Salud (EBS)	26
Evaluación del Equipo Básico de Salud (EBS)	34
Metodología para la organización y funcionamiento de los consultorios ubicados en centros laborales	36
Metodología para la organización y funcionamiento de los consultorios médicos ubicados en Centros educacionales	39
Registros básicos del subsistema de Medicina Familiar	42
Dispensarización	43
Ingreso en el hogar	48
Análisis de la situación de salud	50
Vigilancia en atención primaria de salud	53
Proceso Docente Educativo en la Atención Primaria de Salud	55
Perfeccionamiento de los grupos básicos de trabajo (GBT)	64
Investigación en Atención primaria de Salud	67
Ensayos clínicos en Atención Primaria de Salud	69
Establecimiento de la escalera certificativa, académica, postgradual en Medicina Familiar y Atención Primaria de Salud	73
Información científico técnica en la Atención Primaria de Salud. Desarrollo de los centros municipales de información	75
Ampliación del perfil de la enfermera en Atención Primaria de Salud	77
Organización y funcionamiento de la estrategia de Estomatología en la Atención Primaria	79
Cirugía Menor Ambulatoria	83
Colaboración Médica en la Atención Primaria	84
Contabilidad y Control Interno	87
Sistema de Costo	88
Equipos multidisciplinarios de atención gerontológica	90
El servicio farmacéutico como parte del desarrollo de la atención primaria	97
Fortalecimiento de la informática en el Policlínico	98
Aspectos relacionados con la gestión de recursos humanos en la Atención Primaria de Salud. Disciplina Laboral	103
Medicina Natural y Tradicional	105
Organización y conducción del proceso de elaboración, ejecución y liquidación del presupuesto en las instituciones de salud	108
Proceso de esterilización en Consultorio del Médico y Enfermera de la Familia	110
Guía control de calidad del proceso de esterilización	112
Regulaciones a la prescripción de los medicamentos para los médicos de familia	116
Resumen del programa Nacional de Medicamentos y la Estrategia de la farmacoepidemiología dirigida a los facultativos de la Atención Primaria de Salud	118
Prescripción y Venta de medicamentos por tarjeta control	120
Farmacodivulgación a prescriptores sobre disponibilidad de medicamentos	123
Perfeccionamiento del subsistema de urgencias desde la atención primaria	124
Movilización de Recursos: Proyectos	137
Anexos	138

## **INTERVENCIONES DEL COMANDANTE EN JEFE FIDEL CASTRO SOBRE LA MEDICINA FAMILIAR**

El estudio de las principales ideas expresadas por el Comandante en Jefe al referirse al Médico de Familia y la Especialidad de Medicina General Integral lo hemos desarrollado haciendo un análisis histórico vinculado a los diferentes momentos de desarrollo de nuestro proceso revolucionario y por ende del Sistema de Salud en nuestro país relacionando cada idea con los elementos que integran el modelo o perfil del egresado que define el Programa de Formación del Especialista en Medicina General Integral.

**En relación al Perfil Profesional nuestro Comandante en Jefe ha planteado:**

**En el discurso de inauguración del ICBP “Victoria de Girón”, dijo:**

“¿Cómo arremete la Revolución contra las enfermedades? Previendo por medio de la vacunación esos tipos de enfermedades. Y así iremos combatiendo enfermedad por enfermedad, así iremos disminuyendo el número de epidemias, el número de víctimas. Y así se irá cumpliendo el gran propósito de ir pasando de la medicina terapéutica a la preventiva. Es decir evitando que se enfermen los ciudadanos.”

### **DISCURSO PRONUNCIADO EN LA INAUGURACIÓN DEL HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO HERMANOS AMEJEIRAS, 3 DE DICIEMBRE DE 1982, PUBLICADO EN GRANMA EL 6 DE DICIEMBRE DE 1982.**

“Y cuando hablamos, por ejemplo, de una especialidad como Medicina General Integral. ¿Qué significa esto? Que hasta ahora un médico general ha sido aquel que estudió 6 años y después no desarrolló más estudios sistemáticos, o comenzó una especialidad y no la concluyó y entonces es un médico general. Pues no señor, convertiremos también la Medicina General en una especialidad, que exija además de los 6 años de estudios universitarios, 3 años de estudios como residente en un hospital. Es decir, que marchamos hacia una formación médica, hacia un futuro en que todos los médicos serán especialistas, incluso el médico general”

“Todo esto realmente constituye una verdadera revolución en la docencia. Además, los estudiantes que terminan y van a estas instituciones; ya no se trata del estudiante que tiene el peor expediente, que es el que mandan para el Ocuja del Turquino o Baracoa, no, a cualquier hospital rural irán de los buenos estudiantes, de los que tienen mejor disposición que van allá, que se gradúan, que están dispuestos después a permanecer tres años y que además pueden empezar a estudiar su especialidad allí, la que pueda estudiarse, que puede ser Pediatría, Obstetricia, puede ser de Médico general. Esto abre, además, un enorme campo para los estudiantes de medicina y para los médicos y una enorme posibilidad de superación y aporta un beneficio directo inestimable a los servicios médicos”

### **DISCURSO PRONUNCIADO EN EL ACTO DE CONSTITUCIÓN DEL DESTACAMENTO DE CIENCIAS MÉDICAS CARLOS J. FINLAY. EFECTUADO EN EL TEATRO KARL MARX, EL 12 DE MARZO DE 1982. PUBLICADO EN LA REVISTA VERDE OLIVO EL 25 DE MARZO DE 1982**

“Ustedes conocen que nosotros les hemos pedido a los médicos que renuncien al descanso postguardia y que trabajen el máximo de horas. Pero además, el médico es un profesional con relación al cual es muy difícil decir si va a alguna vez a sobrar. Yo pienso que los médicos no van a sobrar nunca. Tiene lógica que, por ejemplo, en cada barco mercante haya un médico, que en cada fábrica haya un médico, que en cada escuela haya un médico, incluso tendría lógica – según mi punto de vista – que en cada cuadra haya un médico cerca. Todo el mundo se siente más seguro cuando tiene un médico cerca. Aquí seguro que hay médicos. Siempre que hay un acto público llevan médicos, ambulancias, etc., cuando sale una delegación, pues por lo general si pueden le incluyen un médico también. Nosotros hemos visto muchas delegaciones extranjeras y siempre que pueden viajan con un médico. De modo que el médico no va a sobrar nunca”

## **DISCURSO DE CONCLUSIONES DEL ENCUENTRO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE CIENCIAS MÉDICAS, EFECTUADO EN EL PALACIO DE LAS CONVENCIONES EL 5 DE MAYO DE 1984. PUBLICADO POR EL PALACIO DE LAS CONVENCIONES EN MAYO DE 1984.**

“Sin embargo, afortunadamente, habrá una especialidad de gran valor, de gran importancia, de gran prestigio, que podemos hacerla masiva, porque es el médico que se necesita en casi todas partes, que es el médico general integral. Una de las ideas que se desarrolló, relaciona con toda esta revolución en la medicina, fue la del especialista en medicina general integral. Porque hoy llaman médico general a aquel que no estudió nada más y que se diferencia del especialista.

Claro que existe el internista, pero, bueno, si usted va a mandar a un médico a un centro de trabajo, si usted va a mandar a un médico a una comunidad rural, campesina, ¿qué médico manda? ¿manda un anesthesiólogo, manda un cirujano, donde no tiene ningún lugar donde operar? ¿manda a un radiólogo? ¡No! Tiene que mandar a un especialista en medicina general integral que conozca de obstetricia, de ginecología de pediatría, de higiene, de psiquiatría. Y, por lo que veo, a tener que aprender un poco también de estomatología, su poquito también.

Se elaboró un programa y ya tenemos 30 estudiando en distintas provincias, y es fuerte el programa. No quiero desalentar a nadie, al contrario; quiero adelantarles, pero les advierto que el programa del especialista en medicina general integral es fuerte.

¿Si a un centro de campismo se envía un médico, a quien se envía? ¿Si a un preuniversitario se envía un médico, a quién se envía? ¿En misiones internacionalista fundamentalmente, aunque necesitan especialistas, cirujanos, etcétera, pediatras, ortopédicos? Al médico general integral. Habrá, sin dudas una evolución en el futuro hacia este médico, que nosotros le vamos a llamar médico de familia, y que actualmente se le conoce por el de 120 familias; pero la historia de las 120 familias, es que calculamos cinco miembros por núcleo familiar, y en La Habana tienen menos de cinco, los vamos a llamar el médico de los 600, vamos a decirle si quieren el de 120 familias o podemos llamarlo el médico de la familia.

Este médico es el más universal. Ahora, la idea de convertirlo en una especialidad, permite que todos los médicos del país puedan ser especialistas, y tengan el aval, la evaluación de especialistas, el prestigio social de los especialistas y la importancia que tiene el especialista. De modo que el que no sea cirujano, pediatra, ortopédico, etcétera, puede ser especialista de medicina general integral, y a mi juicio, este es uno de los médicos que va a jugar un papel fundamental en la salud de nuestro pueblo”

“Estos médicos de familia tienen un código especial, un código ético especial y riguroso, ¿por qué? Por el acceso que tienen a la familia, por la confianza que la familia les brinda, al extremo que, incluso, van a necesitar conocimiento de psicología y psiquiatría también. En ciertas formas muchas familias les piden consejos sobre problemas y se convierten realmente en un profesional de gran influencia, de un gran prestigio, y de un gran aporte al bienestar y a la salud del pueblo. Creo que eso va a contribuir a que el promedio de vida de nuestra población se prolongue y podamos estar entre los primeros del mundo en ese campo. En esa tarea los médicos de familia van a jugar un papel fundamental.”

## **DISCURSO PRONUNCIADO EN LA CLAUSURA DE LA CUMBRE DE MINISTROS DE SALUD DEL MOVIMIENTO DE PAISES NO ALINEADOS EN EL PALACIO DE LAS CONVENCIONES. CIUDAD DE LA HABANA, 26 DE JUNIO DE 1998 Y PUBLICADO EN EL PERIÓDICO GRANMA DEL 30 DE JUNIO DE 1998**

“...nuestro médico está ahí, muy cerca de sus pacientes, al lado...”

“... pueden tener un diagnóstico de determinados tipos de enfermedades y, en muchos casos, en vez de ser hospitalizado, ser atendido allí en su casa... Se llama hospitalización domiciliaria.... Ahora recibe esa atención en su casa.”

“Todo médico que se gradúa, excepto en algunas contadas especialidades, para hacerse especialista en las variadas ramas de la medicina, tiene que ser primero médico de familia, un profesional con grandes conocimientos del hombre, experiencia, trato humano, que haya atendido pacientes en la comunidad, conocer bien cómo viven, en qué condiciones sociales, entonces después, si lo desean, pueden adquirir una segunda especialidad. Medicina Interna o muchas otras. Pero son personas que ya poseen un conocimiento muy amplio, han estudiado seis años en la Universidad y han estudiado tres años desde su consultorio, tienen nueve años de estudios y después deberán estudiar tres o cuatro años más si se van a adquirir una segunda especialidad”

**DISCURSO PRONUNCIADO EN LA CLAUSURA DEL VI SEMINARIO INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA, CIUDAD DE LA HABANA 28 DE NOVIEMBRE DE 1997, PUBLICADO POR LA EDITORIAL POLITICA EN ENERO DE 1998.**

“Donde quiera que haya un grupo de personas, hace falta un médico. Si sale una delegación ponen un médico a la delegación, bueno, entonces un médico hace falta. En cada círculo infantil hace falta un médico y una enfermera y en cada escuela hace falta un médico y una enfermera, y en cada fábrica hace falta un médico y una enfermera. Hace falta una reserva de médicos porque son jóvenes muchos de los médicos, muchas mujeres, la mayoría son mujeres y están gestantes, tienen que estar ausentes o necesitan vacaciones y hace falta quien los sustituya”

Con respecto al Perfil Político Ideológico el Comandante en Jefe expresó en el discurso de inauguración del ICBP “Victoria de Girón”.

“Es una cuestión yo diría que muy sensible, muy sensible, el problema de la medicina, el problema de la salud”

¿Por qué se interesa mucho el Gobierno por este problema? Porque es uno de los más delicados, de los más trascendencia humana para la Revolución?”

“¿Es justo que un pueblo gaste su dinero, el dinero de los que sudan su camisa, el dinero de los trabajadores en enseñar a un gusanito?, ¿en darle título a un gusanito?”

“Esa masa ya significará una aportación año por año y una conciencia firme, limpia, de médicos que trabajan, de médicos que gana sus sueldos trabajando, de médicos despojados de todo sentido egoísta y mercantilista...”

**DISCURSO PRONUNCIADO EN LA CLAUSURA DE LA CUMBRE DE MINISTROS DE SALUD DEL MOVIMIENTO DE PAISES NO ALINEADOS EN EL PALACIO DE LAS CONVENCIONES , CIUDAD DE LA HABANA, 26 DE JUNIO DE 1998 Y PUBLICADO EN EL PERIÓDICO GRANMA EL 30 DE JUNIO DE 1998**

“...si alguna idea vale la pena recalcar, pienso, en estos momentos, es la cuestión relacionada con la preparación ética, solidaria y científica del personal médico”

“...no entreguemos al mercado la solución de los problemas de la salud humana”

**DISCURSO DE CLAUSURA DEL XI FORO DE CIENCIA Y TÉCNICA, CIUDAD DE LA HABANA 21 DE DICIEMBRE DE 1998, PUBLICADO POR LA EDITORA POLÍTICA DEL COMITÉ CENTRAL DEL PARTIDO COMUNISTA DE CUBA EN ENERO DE 1997**

PAG. 31

“...es la ventaja de tener esa tremenda reserva de médicos que tenemos y que no la tiene ningún otro país y no sólo una reserva numerosa de médicos, sino una reserva de hombres y mujeres de gran calidad humana, política y revolucionaria, que es lo que más nos importa”

## **Sobre el surgimiento de la Medicina Familiar y la especialidad en Medicina General Integral**

### **DISCURSO PRONUNCIADO EN LA CLAUSURA DEL VI SEMINARIO INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. CIUDAD DE LA HABANA 28 DE NOVIEMBRE DE 1997. PUBLICADO POR LA EDITORA POLÍTICA EN ENERO DE 1998.**

“... NOSOTROS NOS PUSIMOS A PENSAR EN LA Revolución Y desde el Moncada ya estábamos hablando de los servicios médicos, y cuando estábamos en la Sierra Maestra ya prestábamos servicios médicos a toda la población con la que teníamos contactos, con los médicos que iban allí y se incorporaban. Eso debe ser una convicción, un deber elemental. Pero es que no solo visto desde el ángulo moral, sino desde el ángulo de la conveniencia política, hay que dedicar más atención, más recursos a los servicios de salud”

“No hay que olvidarse que empezamos de cero, del analfabetismo, con un 30% de analfabetos hubo que empezar por primer grado. A pesar de todo había 6 000 médicos en Cuba, uno por cada mil y tantos habitantes, pero casi todos en el Capital y todos esperando una visa para ir a Estados Unidos, antes de la Revolución; pero como abrieron las puertas para dejarnos sin médicos, entonces si dieron visas y de los 6 000 médicos se llevaron 3 000, nos dejaron 3 000 nada más, y no había suficientes bachilleres para hacer un plan ambicioso de formación de médicos. Muchos estudiantes que no eran ni bachilleres, tuvieron que convertirse en maestros, o ir a desempeñar actividades que requerían un cierto nivel de escolaridad hasta que ya fue masivo el ingreso en las secundarias, en los preuniversitarios, y teníamos todos los preuniversitarios que quisiéramos y las escuelas vocacionales y de todo tipo. Llegó un momento en que podíamos escoger los 6 000 que ingresaban por año y así desarrollamos los planes de formación de médicos”

“Teníamos calculados igualmente 10 000 médicos, en la colaboración exterior. Nosotros habíamos ofrecido masivamente médicos y gratuitamente para la colaboración en África y el resto del mundo con médicos. Nuestros médicos están dispuestos a ir a cualquier lugar del mundo a trabajar como médicos. Hicimos cálculos.

“Claro que vino una situación diferente, el país se vio privado de recursos fundamentales, esto unido al hecho real de que no hay médico que se retire, porque mientras más años tiene en el ejercicio de la profesión más quiere seguir como médico porque tiene más experiencia, etc. Uno no puede hacer los cálculos que se hacen con el trabajador de la mina o el trabajador del transporte; el médico, como el artista, si es pintor o escritor, hasta el final quiere seguir en el ejercicio de su profesión. Entonces lo que hicimos fue empezar a reducir los ingresos en un momento dado. Ya ahora el ingreso anual es de alrededor de 2000 – ya será en el próximo curso alrededor de 2000 – pero en los últimos años 2000 y tantos de 6 000, fue reducido a la tercera parte”

“Pero, claro, se hizo todo un programa, se creó un nuevo concepto, convertimos la generalidad en una especialidad: la Medicina general Integral, un concepto asociado a la idea del Médico de la Familia. La recogida de los programas de las mejores universidades médicas del mundo se analizaron y se estudiaron todos esos programas. Se desarrollo el nuevo programa, costó trabajo, los especialistas no entendían, hacían resistencia, fue una lucha”

“Tampoco la idea se empezó aplicar sin más ni más. Empezamos con 10 médicos en las montañas, en algunos lugares y un policlínico; ahí esta Cosme. Hicimos dos grupos para ver el curso, el programa, que hacían las gentes, porque habíamos descubiertos que las gentes en vez de ir al policlínico iban para el hospital y saturaban los cuerpos de guardia de los hospitales. Y a un día llegamos a tener un policlínico completo, el área de ese policlínico con médicos de familias ¿Qué ocurrió? Un agradable fenómeno: la gente aquella que iba al hospital ahora no iba ni al policlínico, iba a ver al medico de la familia; incluso veía al especialista en el policlínico, le recomendaba algo y él venía a conversar con su médico para preguntarle qué le parecía aquel diagnóstico, aquel plan. Resultado: el 20 % de los que iban a los policlínicos, siguieron yendo al policlínico, porque ya era una necesidad imprescindible, porque había que hacer una radiografía, un examen de laboratorio.

Lo primero que descubrimos fue que ya liberamos al policlínico de un exceso de consultas, resolvimos los problemas de los cuerpos de guardias de los hospitales, que fue un alivio tremendo. Empezamos a descubrir la hospitalización domiciliaria para muchas cosas. Si a alguien había que tomarle la presión arterial todos los días, debía haber ingresado en un hospital y ahora llegaba el médico de la familia, le tomaba la presión arterial, lo atendía, reducía el número de camas. Resultaba más económico el médico de la familia, por los gastos que ahorra en hospitales, era mucho más cómodo para la gente.

Perfeccionamos los policlínicos; pero después convertimos a los policlínicos en facultades universitarias, porque todos aquellos médicos de la familia tenían que hacer la especialidad, después de un año tenían que empezar la especialidad de 3 años, compartiendo el estudio con el trabajo para ser especialista en Medicina General Integral, y después de ser especialistas en Medicina General Integral se podían hacer pediatras, obstetras, estudiar la especialidad de Medicina Interna u otras.

Hoy en Cuba casi todas las especialidades – no sé si eso les explicó a ustedes – exigen ser primero especialista en Medicina General Integral porque fue un concepto mientras en otros países, en la propia URSS habían ido a la superespecialización, y casi desde el primer año, ya empezaban a especializarse. ¿Usted se imagina un cirujano que lo único que sabe es cortar y no ha estudiado suficiente fisiología, anatomía, y todas las demás materias? Nosotros partimos del concepto de que el médico debía tener conocimientos básicos esenciales y amplios para empezar y después especializarse”.

**DISCURSO PRONUNCIADO EN LA CLAUSURA DEL VI SEMINARIO INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. CIUDAD DE LA HABANA, 28 DE NOVIEMBRE DE 1997. PUBLICADO POR LA EDITORA POLÍTICA EN ENERO DE 1998**

“El médico de la familia realmente surge cuando en un Organismo Económico nuestro, en fecha bastante temprana, empezaron a hablar de reducir el número de estudiantes de medicinas: no más incremento, que los médicos van a sobrar. Digo. Es muy difícil que sobre un médico, porque donde quiera que haya un grupo de personas hace falta un médico ¿ Por qué parar la formación de médicos? Había mucho menos, y se hicieron facultades en todas las provincias, en algunas más de una facultad de medicina y el número total de estudiantes llegó a ser 25 000; pero teníamos calculado una reserva de médicos: 10 000 a trabajar y 10 000 a estudiar”

**DISCURSO PRONUNCIADO EN LA CLAUSURA DE LA CUMBRE DE MINISTROS DE SALUD DEL MOVIMIENTO DE PAISES NO ALINEADOS EN EL PALACIO DE LAS CONVENCIONES. CIUDAD DE LA HABANA. 26 DE JUNIO DE 1998 Y PUBLICADO EN EL PERIÓDICO GRANMA DEL 30 DE JUNIO DE 1998**

“... estábamos ensayando un método de superación de los médicos de familia y empezamos por ese policlínico. Ya aquellos médicos no sólo estaban prestando sus servicios a la comunidad, si no que estaban estudiando una nueva especialidad en el propio policlínico, porque junto a la idea del médico de familia surgió la idea de convertir la generalidad en especialidad, mientras por otro lado luchábamos contra las superespecializaciones. Hubo que luchar duro, porque era una tendencia, muchos querían crear nuevas especialidades”

“...¿Quién era el médico general? El que se había graduado en la Universidad y no había recibido cursos superiores. Nosotros pensamos; peor si el médico familiar tiene una importancia enorme, esta atendiendo allí los vecinos, tiene que tener fuertes conocimientos de pediatría, de obstetricia, de medicina interna. Se desarrolló un programa de estudios de tres años para al especialidad de Medicina General Integral. Los policlínicos donde laboran médicos de diversas especialidades que podían impartir conocimientos se convirtieron a su vez en centros de docencia superior médica.”

## CÓDIGO DE HONOR DEL MÉDICO DE FAMILIA

Los médicos y enfermeras que trabajan en el modelo de atención a 120 familias deben observar estrictamente los principios de la ética médica vigente en nuestro país todo el personal de salud.

Las particularidades que caracterizan su trabajo, que se desarrolla fundamentalmente en el terreno, necesaria y convenientemente deben promover amistad, confianza y respeto entre el médico y la población por cuya salud debe velar. Esto a la vez determina que los principios de la ética médica tengan que ser cuidadosamente observados y algunos ampliados.

Su función esencial, ser guardián de la salud, implica que debe estar en estrecho contacto con las familias que atiende, visitar sus hogares, familiarizarse con sus hábitos de vida, higiene, cultura y todos los aspectos que directa o indirectamente influyen en la salud.

En su primer deber detectar lo que en la vida diaria puede incidir negativamente en la salud, y con paciencia, sencillez y perseverancia, esforzarse por producir los cambios necesarios, tendientes a alcanzar un modo de vida más sano.

Debe ser un observador perspicaz y aprender a escuchar atentamente y sin prisa todo lo que le refieren, mostrando un gran interés por las preocupaciones o interrogantes que le planteen, las que deben tener una respuesta adecuada.

Debe lograr que sus respuestas sean comprendidas, por lo que su lenguaje debe ser claro y las explicaciones, aunque deben estar fundamentadas científicamente, tienen que estar despojadas de palabras técnicas y utilizar ejemplos y expresiones, que sin caer en la vulgaridad, sean adecuadas y asequibles al nivel cultural de las personas a las que se dirigen.

El médico, al visitar los hogares, independientemente de la familiaridad con que se le reciba y trate, debe en sus expresiones y conducta personal comportarse con gran respeto hacia la familia y cada uno de sus miembros. El grado de confianza en él depositado, no debe ser defraudado por acción alguna que hiera el pudor o la sensibilidad de la familia, o sea contraria a la moral y principios de nuestra sociedad.

Las observaciones que realice y las consultas o confidencias que se le hagan serán objeto de estricta reserva, y se utilizarán sólo para alcanzar el propósito de promover una mejor salud, tanto del colectivo como de los individuos que lo conforman.

Especial atención y cuidado debe prestarse al desarrollo de los niños desde su más temprana edad, a los problemas de los adolescentes y de las personas ancianas, grupos todos que tienen particularidades biológicas y sociales que los hacen especialmente vulnerables.

El interrogatorio y el examen físico tanto en el hogar como en la consulta, se harán siempre de forma meticulosa e impecable técnicamente, en condiciones de privacidad adecuadas, cuidando de respetar al pudor y sin lesionar la sensibilidad del paciente.

Siempre que el paciente deberá realizarse un procedimiento médico diagnóstico o terapéutico en el policlínico o en el hospital se procederá de la siguiente manera:

1. Hacer la coordinación con el médico o personal responsabilizado con la realización del procedimiento, fijando día y hora en que éste debe hacerse.
2. Explicar cuidadosamente al paciente la necesidad del procedimiento y si este es el caso, las reacciones biológicas o riesgos que el mismo implica. Responder, cómo se señaló anteriormente, todas las preguntas que se formulen.
3. Siempre que se considere necesario y sea posible, estar al lado del paciente en el mundo de realizarse el procedimiento y tratar de inculcarle tranquilidad y confianza. Si se trata de una interconsulta, se obtendrá del especialista interconsultante toda la información que se requiera para asegurar la calidad del seguimiento médico ulterior.



4. Explicar al paciente, de forma comprensible, los resultados obtenidos y el significado diagnóstico, pronóstico y terapéutico de los mismos. Cuando se estime que los resultados total o parcialmente no deben ser del conocimiento del paciente, se seleccionará un familiar para hacerle la información completa, aclarando en la medida de las posibilidades todas las dudas que al respecto se planteen.

Todo paciente asistido en el hogar o en la consulta que se piense debe ser seguido médicamente, se visitará o citará a la consulta cuantas veces se crea conveniente, sin esperar por su llamada. Si es necesario deben hacerse las coordinaciones pertinentes que posibiliten una interconsulta o remisión, justamente en el momento oportuno.

Cuando una de las personas que corresponde atender, ingrese en el hospital, se visitará con frecuencia y coordinadamente con el médico de asistencia se precisará lo que se le puede y debe explicar del diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento. Se tendrá conocimiento de toda la historia hospitalaria para que con posterioridad al alta se pueda seguir adecuadamente al paciente en la consulta.

Los pacientes con enfermedades malignas, incurables o pacientes agonizantes deben visitarse con frecuencia, tanto en el hospital como en el hogar, y a ellos y a sus familiares apoyarlos en todo lo que sea posible.

Por ningún motivo o circunstancia se dejará de escuchar, atender o examinar médicamente a aquel que lo solicite. Si se trata de un paciente que no está comprendido en las 120 familias asignadas, se atenderá con la misma solicitud y calidad que si le correspondiera y posteriormente se le informará donde debe ser regularmente atendido.

Si es un paciente con una urgencia médica o quirúrgica, para cuya atención no se cuenta con los recursos necesarios, se acompañará al enfermo al centro asistencial más cercano donde pueda ser atendido adecuadamente.

Todo certificado de salud, dieta u otra documentación que se firme y pueda ser utilizado para eximir del cumplimiento de una obligación, tiene que estar sustentado sobre un criterio estrictamente médico, sin que medie ningún elemento basado en nexos familiares, de amistad o de cualquier otro tipo ajenos a la profesión médica.

Al ofrecer información a los organismos del gobierno o de masas sobre el estado de salud de la población que se atiende, no divulgará aspectos que sea parte de la vida privada de los pacientes o de personas con ellos relacionados.

Cuidará su aspecto personal, tanto en lo físico como en el vestir, evitando todo tipo de extravagancias.

Debe convenir en necesidad el estudio diario de manera que se mantenga actualizado permanentemente.

Se esforzará por que su trabajo tenga una alta calidad técnica y sea a la vez realizado con sencillez, afabilidad y dedicación, lo que le ganará el afecto y reconocimiento de la población que atiende.

Por su trascendencia, esta idea de nuestro Comandante en Jefe, basada en la mejor tradición del trabajo médico y en un infinito amor por el hombre, dará a la práctica de la Medicina una nueva dimensión más universal y humana. El contribuir al éxito de la misma es a la vez que un alto honor, un sagrado compromiso.

Enero de 1984.

## ÉTICA Y EDUCACIÓN ÉTICA DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

..... Es decir que se requiere de una cabal calidad humana, se requiere de una calidad institucional elevada y se requiere de una calidad revolucionaria elevada, una condición humana moral especial pudiéramos decir.....

Fidel Castro Ruz  
11 de Junio de 1982

### SITUACIÓN ACTUAL

En la atención primaria el desarrollo de una profunda educación ética es fundamental, tener como escenario para el desarrollo de sus acciones el seno mismo del hogar, la dinámica de la familia, el abordaje integral de los problemas de salud le impone a los médicos y enfermeras de familia la necesidad de una conducta ética moral intachable. El rol que en nuestras comunidades tiene que jugar este equipo no permite otra conducta que la que caracteriza y ha caracterizado siempre a los trabajadores de la salud, el ejemplo personal en su conducta diaria que incluye la batalla ideológica por estilos de vida sanos.

### PRINCIPIOS DE LA ÉTICA MÉDICA

- Preservar y mantener la salud del pueblo y mantener las conquistas de la Revolución en la Salud unido a las misiones de nuestros profesionales y técnicos en el campo internacional.

Nuestra actuación en el cumplimiento del deber solo puede responder a los principios éticos de la moral, expresión de los intereses de la clase obrera y del pueblo en general.

- El carácter socialista de nuestra salud es la base de la moral y la ética.

En el ejercicio diario de nuestra función social debemos observar principios éticos morales de profundo contenido humano, ideológico y patriótico; tales como dedicar nuestros esfuerzos y conocimientos al mejoramiento de la salud del hombre, trabajar constantemente allí donde la sociedad lo requiere y estar siempre dispuestos a brindar la atención médica necesaria con el espíritu internacionalista.

- El Humanismo, el patriotismo, la incondicionalidad.

Nuestros principios se expresan en :

- La relación médico paciente y sus familiares
- Las relaciones con el resto de los trabajadores de la salud
- Las relaciones entre el docente y los educandos
- Las relaciones como parte de la sociedad

La aplicación constante de los principios de la moral comunista en todas las modalidades de relaciones desarrolladas inherentes a su labor profesional.

### CONCEPTUALIZACIÓN

Los principios de la Ética Médica constituyen la concepción misma de nuestra Salud Pública enriquecida con la realidad cotidiana de la prestación de servicios, la docencia y la investigación, desarrollada en cada una de nuestras unidades y acciones.

## ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN.

1. Crear y revitalizar las comisiones de Ética en cada una de nuestras unidades es una actividad de gran importancia si se acompaña de un proceso de educación ética a nuestros trabajadores.
2. Las comisiones estarán integradas por:
  - 1 Presidente
  - 1 Secretario
  - Vocales
1. Los integrantes no deben exceder de 10, cualitativamente serán las más prestigiosas personalidades de la salud en el área de acción correspondiente ya que tendrán la misión de conducir un proceso de vital importancia para el sistema y para los profesionales y técnicos de la salud y en cual el mayor beneficiado será el pueblo.

Disponer, conocer y cumplir con lo establecido en la Resolución 110 y el Código de Honor.

Observar en su actuación:

El humanismo y la preocupación constante por la salud individual y colectiva valores que forman parte de la actuación de un profesional, técnico y trabajador en general de la APS.

Estar a la altura de los nuevos retos relacionados con un desarrollo científico técnico ascendente con la introducción de nuevas tecnologías a gran velocidad unido a las limitaciones producidas por el impacto criminal del bloqueo lo cual afecta la disponibilidad de recursos fundamentales.

Preocuparse por la capacitación y el perfeccionamiento de todos los miembros del equipo de salud tiene una profunda concepción ética, ya que se relaciona directamente con la calidad de la atención médica que se le brinda a la población y con elementos de vital importancia como la incorporación permanente de nuevos conocimientos

Ser un ejemplo en su conducta diaria en la observancia y cumplimiento de las reglas de la convivencia social en las que se expresan respeto a los compañeros, pacientes y familiares y a sí mismo como persona, en todas las actividades que desarrolla.

Educar con su ejemplo y con la transmisión de valores al resto de sus compañeros.

Desarrollar valores como la modestia, la honestidad, la solidaridad humana y una profunda concepción internacionalista.

Aprender de los demás y especialmente de la sabiduría popular, de las enseñanzas de la Revolución, de su historia y de nuestros líderes y estudiar profundamente el pensamiento de nuestro querido Comandante en Jefe Fidel el cual constituye una guía para la acción y la filosofía del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.

**El ejercicio de la profesión en salud tiene en si misma una profunda concepción ética que debe dirigirse a cultivar los más altos valores del ser humano para prestigiar cada día y en cualquier terreno la obra de la Revolución de la cual somos hijos.**

# EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

## SITUACIÓN ACTUAL

Son reconocidos los indicadores alcanzados en la salud de nuestro pueblo como resultado de la voluntad política del país y de la prioridad dada a la Salud

Un rol muy importante lo desempeña la APS y dentro de ella fundamentalmente el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. No obstante, en alguna medida los buenos indicadores de salud, no se acompañan de una satisfacción individual o familiar con el servicio recibido.

Por otra parte no contamos con un programa que de manera homogénea permita identificar precózmamente y de forma activa las insatisfacciones para actuar en correspondencia, lo que es una necesidad, para cada unidad de prestación de servicio, y para los directivos de los demás niveles que deben influir de forma oportuna y efectiva en la solución de los problemas que se detecten.

## PROPÓSITOS

1. Incrementar la satisfacción de la población con los servicios de salud.
2. Identificar elementos causantes de insatisfacción con los servicios de salud en la APS.
3. Favorecer la toma de medidas destinadas a evitar molestias, una vez identificadas las causas que provocan insatisfacciones.

## ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN

1. Esta metodología se implementará en todas las áreas de salud del país, dirigido por los directores del Policlínico.
2. De similar manera, cada municipio monitoreará el proceso en la persona del Director Municipal.
3. Las UATS a cada nivel participarán en la asesoría y conducción metodológica así como en la ejecución para la implementación y evaluación de estas actividades.

### A. Determinación de las fuentes de información

- Fuente No. 1: Búsqueda activa de la Opinión.
- Fuente No. 2: Quejas y Sugerencias espontáneas.
- Fuente No. 3: Informantes claves. Opiniones espontáneas.

### B. Periodicidad y flujo de información según fuentes.

Fuente No. 1: Búsqueda activa de la opinión:

- **Consultorios Médicos de la Familia.** En cada visita los profesores del GBT, encuestarán utilizando una guía de entrevista semiestructurada (Anexo No. 1), al menos, a 5 personas adultas que visiten ese día el CMF. Por su parte el Psicólogo, la Trabajadora Social y la Supervisora de Enfermería, una vez al mes entrevistarán, en sus viviendas, al menos 10 personas adultas.
- **Policlínico.** Se entrevistarán por un personal entrenado y coordinado por el Director del Policlínico, al menos 10 personas adultas por cada servicio que preste el Policlínico y después que hayan culminado su atención, según un cronograma establecido previamente teniendo en cuenta las características particulares de cada uno y que distribuya los servicios escalonadamente por semanas.

Fuente No. 2: Buzón de Quejas y Sugerencias:

- Se pueden obtener por los buzones que se situarán permanentemente en los Policlínicos en la cantidad necesaria según las características y complejidades de cada uno de ellos.
- Las obtenidas por quejas o sugerencias directas a los directivos y funcionarios del Policlínico.

Fuente No. 3: Informantes claves.

- Se obtendrán de los mismos mediante entrevistas información sobre incidencias, opiniones, dificultades, etc. que hayan obtenido de los pacientes en relación con los servicios del consultorio o del Policlínico,

**IMPORTANTE:** Todas las opiniones son importantes, se registrarán y serán analizadas las negativas para encontrar en ellas las condicionantes de la insatisfacción con los servicios brindados y las positivas para que sirvan de estímulo moral a los protagonistas.

### **C. Registro de los datos**

Cada entrevistador entregará al Director del Policlínico, durante las siguientes 24 horas de realizadas las entrevistas, el resultado de las mismas con los datos siguientes:

- Fecha de la entrevista
- CMF o Servicio
- No. de personas encuestadas
- Listado de opiniones recogidas (Respetar las palabras del entrevistado)
- No. de encuestados que consideraron todos los aspectos explorados como adecuados.

Se establecerá el registro de la información en los Registros de Satisfacción y Opiniones (Anexo No. 2), donde diariamente se incorporarán los datos entregados por los entrevistadores, así como las opiniones (incluyen además las quejas y sugerencias) recogidas por las Fuentes No. 2 y 3, en este caso en el Registro de Opiniones solamente.

Los directivos del Policlínico (Director, Vicedirectores, Jefes de GBT y de Departamentos) según estén relacionados con las opiniones recogidas, deberán, previo análisis, clasificar el estado de las mismas en: Resuelto, En vías de solución o Sin solución a este nivel, lo que permitirá completar el registro y favorecer el seguimiento y solución de los problemas identificados.

### **D. Procesamiento e información de los datos**

- El Director del Policlínico y los Jefes de GBT, semanalmente confeccionarán un informe con las opiniones recogidas que contenga el No. de opiniones negativas del Policlínico y por CMF, GBT y Servicios, así como un resumen cualitativo, por aspectos, de las opiniones negativas recogidas. En el mismo se incluirá el indicador Índice de Problemas Solucionados (IPS), este informe es un documento de trabajo para el equipo no un documento a entregar a otros niveles pero debe estar disponible para que los niveles superiores del Sistema puedan verlo en sus visitas a la institución si así lo desean.

#### **No. de Opiniones solucionadas**

PS 

---

 **Total de opiniones recogidas**

- Al cierre del mes, tendrán un resumen de igual características que el semanal y el resultado de la satisfacción con los servicios brindados por el Policlínico, así como por los CMF, GBT y Servicios, utilizando el indicador de Índice de Satisfacción (IS), calculado de la siguiente manera:

$$IS = \frac{\text{No. de encuestados que consideraron todos los aspectos como adecuados}}{\text{Total de encuestados}}$$

### E. Análisis de los datos

- Se realizara en las Reuniones de las Estrategias y en el Consejo de Dirección .
- En la Reunión del GBT, serán discutidos los resultados obtenidos y se decidirán las acciones correctoras a cumplir en cada lugar.

#### EVALUACIÓN

1. Porcentaje de Policlínicos con el Programa implantado
2. Porcentaje de CMF evaluados
3. Porcentaje de Servicios del Policlínico evaluados
4. Mejoría de la satisfacción como producto de las intervenciones realizadas.

### Anexo No. 1

**GUIA DE ENTREVISTA A USUARIOS DE POLICLÍNICOS( Este documento constituye una guía que no es necesario llenar cada vez que se entrevista pero se recorrerán todos estos aspectos con cada entrevistado)**

**Unidad:**

1. Exprese su opinión en adecuado o inadecuado sobre los siguientes aspectos:

No.	ASPECTOS	Adecuado	Inadecuado
1.	Trato del personal que lo (a) atendió		
2.	Recursos para la atención		
3.	Tiempo de espera		
4.	Condiciones de la Unidad		
	– Ambientación o confort		
	– Higiene		

Por cada aspecto considerado como inadecuado debe anotarse la o las causas que lo motivan.

2. ¿Desearía hacer algún otro comentario o sugerencia sobre el servicio que se le brindó?

### Anexo No. 2

**REGISTRO DE SATISFACCIÓN Y OPINIONES DEL POLICLÍNICO(Se llevará en el Policlínico por el personal que el equipo de dirección designe puede incluso rotarse entre los Vicedirectores)**

El registro tendrá dos partes, una donde se anotarán los datos resultantes de la entrevista a los usuarios de los servicios (Registro de Satisfacción) y otra donde se listarán las opiniones recogidas (Registro de Opiniones)

Este registro se realizará en hojas en blanco u otras.

**Registro de Satisfacción.** Debe incluir los siguientes datos:

- Fecha de realizada la entrevista
- Identificación del CMF/Servicio
- No. de encuestados

**Registro de Opiniones.** Los datos a recoger son los siguientes:

- Número consecutivo de opiniones
- Fecha de realizada la entrevista
- Identificación del CMF/Servicio
- Registro de la opinión recogida
- Estado del problema (Resuelto, En vías de solución, Sin solución a este nivel)

**REPÚBLICA DE CUBA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**RESOLUCIÓN MINISTERIAL NO. 232**

**POR CUANTO:** El Decreto Ley No. 67 del 19 de abril de 1983, de Organización de la Administración Central del Estado, en su artículo 81, establece que el Ministerio de Salud Pública es el organismo encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y el Gobierno en cuanto a la atención de los problemas de la salud del pueblo y a ese fin, además de las comunes expresadas en el Artículo 52 de ese Decreto Ley, las atribuciones y funciones comunes consignadas en el inciso b) organizar los servicios de atención médica, preventiva y curativa para toda la población.

**POR CUANTO:** En los últimos años como consecuencia del PERÍODO ESPECIAL se han venido presentando limitaciones materiales que aun afectan el buen funcionamiento de los servicios diagnósticos y terapéutico así como la disponibilidad de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud.

**POR CUANTO:** Se han presentado otros fenómenos de carácter subjetivos al indicarse investigaciones, diagnósticas y/o prácticas terapéuticas que no son indispensables y que no pueden ser satisfechas por las instituciones asistenciales o territoriales donde se indican. Esto último provoca insatisfacción en la población e induce a los pacientes y sus familiares a gestionar personalmente la solución de sus indicaciones.

**POR CUANTO:** El Sistema Nacional de Salud requiere que las instituciones asistenciales asuman la responsabilidad de la resolución de las indicaciones realizadas a los pacientes que son atendidos en ellas y faciliten el trabajo asistencial de sus facultativos.

**POR TANTO:** En uso de las facultades que me están conferidas como Ministro de Salud Pública,

**RESUELVO**

**PRIMERO:** Revisar y actualizar la Regionalización de los Servicios vigentes en cada territorio, tanto para la realización, de pruebas diagnósticas, como la remisión de casos con vistas a su atención médica especializada.

**SEGUNDO:** La Dirección Provincial de Salud establecerá las coordinaciones necesarias para su materialización en la práctica, definiéndose las capacidades para cada institución y territorio, así como la frecuencia.

**TERCERO:** Los Directores de cada institución de Asistencia Médica son responsables de garantizar que las indicaciones de investigaciones diagnósticas o terapéuticas que se prescriban en la misma, se ajusten a la política que al respecto se ha trazado el territorio.

**CUARTO:** La Dirección del Centro, cuando exista la necesidad de realizar una investigación diagnóstica que supere la capacidad asignada a la institución o que por las limitaciones de recursos no se esté realizando, es responsable de exigir que le sea comunicada al paciente con toda la argumentación y realizará las coordinaciones necesarias para garantizar su realización en la institución que corresponda.

**QUINTO:** En los casos en que la Regionalización de los Servicios no sea capaz de solucionar el estudio por razones de rotura tecnológica o de limitaciones de recursos, la Dirección de la Institución deberá



coordinar con el Departamento que le corresponda de la Dirección Provincial para que éste asuma la responsabilidad de coordinar con otra provincia en aras de satisfacer la necesidad del paciente.

SEXTO: Los facultativos deberán evaluar con discreción y toda la ética necesaria las indicaciones que realicen en cada momento de acuerdo a la capacidad diagnóstica y terapéutica de la institución y a los requerimientos esenciales para cada paciente y las posibles alternativas para enfrentarlas.

SÉPTIMO: Los Directores de las instituciones hospitalarias tienen que garantizar el traslado de los pacientes ingresados a los lugares donde se realicen las pruebas diagnósticas y los procedimientos terapéuticos que le hayan prescrito en la institución.

OCTAVO: Las instituciones que por su capacidad diagnóstica y tecnológica constituyen centro de oferta de capacidades para el resto de las unidades del territorio, deberán obrar con ética y prudencia en la atención de aquellos casos que lleguen a solicitar sus servicios diagnósticos y/o terapéuticos sin la coordinación necesaria, buscando satisfacer a la población en el menor tiempo posible con independencia de indagar las causas por la que se ha producido esta presencia a título persona, con la finalidad de corregir estas situaciones.

NOVENO: Todas las indicaciones de investigaciones diagnósticas o terapéuticas que no se ajusten a lo que por la presente se indica deberán ser comunicadas a las Vicedirecciones de Asistencia Médica y Social en las provincias para su análisis y discusión en las reuniones correspondientes a ese nivel.

DÉCIMO: En el caso específico de la prescripción de medicamentos se reitera la vigencia del Programa Nacional de Medicamentos, en forma abreviada PNM existente en el país y se añaden las siguientes regulaciones para las solicitudes de fármacos fuera del Programa Nacional de Medicamentos .

#### 10.1 EN LOS CASOS NO EMERGENTES

10.1.1 Para los medicamentos incluidos en el Cuadro Básico de Medicamentos, en forma abreviada CBM del país pero no disponibles para este nivel de atención.

- El Director de la institución de donde se prescribe el fármaco, debe hacer la solicitud al Vicedirector Provincial de Medicamentos, en forma abreviada VDPM.
- El Vice Director Provincial de Medicamentos, de no estar disponible el fármaco en la provincia si lo considera necesario hará llegar la solicitud al Grupo Operativo Nacional de Medicamentos, en forma abreviada GONM, por vía telefónica, Fax, teles o correo electrónico, cerciorándose que dicha solicitud haya llegado a este Grupo.
- El GONM podrá consultar con los designados para la utilización de productos y decidir algunas de estas alternativas.
  - Aprobar la solicitud
  - Orientar que el especialista prescriptor en cuestión haga una interconsulta telefónica, por FAX, correo electrónico o personal con el experto que el MINSAP designe y luego este brinde su criterio al GONM el cual aprobará o no la solicitud.

10.1.2 Para los medicamentos NO incluidos en el CBM

- El director de la Institución hará una solicitud igual que en el acápite 1.1 del inciso anterior pero dirigido al Director Provincial de Salud
- El DPS analizará la solicitud y si lo cree conveniente lo remitirá al GONM el cual decidirá su adquisición o no.

#### 10.2 EN LOS CASOS EMERGENTES

10.2.1. Para los medicamentos incluidos en el CBM pero No disponibles para ese nivel de atención.

- El Director del hospital contactará con el Director del Instituto de Investigaciones o Jefe del Servicio del Instituto u hospitales nacionales o interprovinciales designados, que están autorizados para el uso de ese producto y discutirá las indicaciones con el objetivo de que el paciente reciba la mejor terapéutica disponible de acuerdo a su situación médica.
- La decisión final puede ser enviar el producto de la propia institución consultada o del lugar donde se encuentre disponible, remitir al paciente a la institución rectora de esa terapéutica o modificar la terapéutica.
- Cualquier discrepancia entre ambos actuantes se comunicará por el solicitante al director provincial de salud y este inmediatamente GONM el cual decidirá

10.2.2. Para los fármacos NO INCLUIDOS en el CBM

El Director del Hospital solicitante hará llegar el requerimiento al DPS el cual lo tramitará directamente con el GONM el cual decidirá.

**UNDÉCIMO: Los Directores de las instituciones asistenciales emitirán una resolución adaptando estas regulaciones, a las características de su unidad.**

DUODÉCIMO: La violación de lo dispuesto por la presente constituye una indisciplina laboral por lo que estará sujeta a la adopción de medidas disciplinarias conforme a lo establecido en la legislación vigente.

DECIMOTERCERO: Estas regulaciones serán discutidas y analizadas por todos los trabajadores dirigentes y estudiantes en coordinación con el Sindicato y las demás organizaciones del Centro.

Dése cuenta a cuantos órganos, organismo, dirigentes y funcionarios corresponda conocer de al misma y archívese el original en la Dirección Jurídica del Organismo.

DADA en el Ministerio de Salud Pública, en la Habana, a los 29 días del mes de Diciembre del 2000.

*Dr. Carlos Dotres Martínez*  
MINISTRO DE SALUD PUBLICA.

# PERFECCIONAMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL POLICLÍNICO

## SITUACIÓN ACTUAL

El proceso de rediseño y mejora organización al del Área de Salud se desarrolla en todo el país aunque no es homogénea la calidad de su implementación. Se han producido mejoras en la reorganización y utilización eficiente de los recursos.

Se clasificaron los Policlínicos y se aplica la nueva estructura.

Se han capacitado 66 directores de policlínicos.

Los procesos de Dispensarización, análisis de situación de salud, gestión del profesor y el proceso docente educativo, exhiben deficiencias en su desarrollo y evaluación.

No se utiliza en toda su potencialidad la interrelación Policlínico-Hospital. Aunque mejora la satisfacción de la población con los servicios, la evaluación de las mismas y su utilización como una herramienta para el perfeccionamiento de la gestión es insuficiente.

## CONCEPTUALIZACIÓN

Es la implementación, desarrollo y evaluación del proceso organización al dirigido a mejorar la estructura, los procesos y los resultados de la atención médica integral dispensarizada que se brinda a la población y por tanto la satisfacción de la población, integrando también la mejora de la satisfacción de los trabajadores del Área de Salud.

## PROPÓSITOS.

- Desarrollar un proceso de perfeccionamiento de la estructura, los procesos y los resultados de la atención médica integral que se brinda en el Área de Salud.
- Elevar la satisfacción de la población con los servicios que se le brindan.
- Elevar la satisfacción de los trabajadores.

## ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN

1. Aplicar la nueva estructura organizacional del Policlínico, garantizando la directa y real subordinación del jefe del GBT al director.
2. Desarrollar el concepto de Áreas Principales de Gestión como premisa para la organización y uso racional del fondo de tiempo laboral de los equipos de dirección.
3. Priorizar la gestión y mejora de la evaluación a través de los procesos claves que se desarrollan en el Área de Salud:
  - Proceso de Dispensarización.
  - Proceso de Análisis de la Situación de salud.
  - Proceso de Gestión del profesor.
  - Proceso docente educativo.
4. Convertir el modelo actual de dirección en el Área de Salud basada en indicadores de resultado en una gerencia que priorice la evaluación de los procesos.
5. Aplicar las indicaciones metodológicas relacionadas con la reorganización de los recursos humanos y la utilización eficiente de los mismos siguiendo el principio de garantizar en primer lugar la cobertura asistencial a la población.
6. Desarrollar un proceso de discusión del Manual de Organización y Gestión en el Área de Salud que facilita la aplicación de concepción y las indicaciones que en el se establecen.
7. Continuar utilizando el Manual de Indicadores del Área de Salud en el análisis de la gestión sanitaria.

8. Establecer el proceso de mejora continua de la calidad en todos los servicios que se brindan en el Policlínico, teniendo como premisas fundamentales la utilización eficiente de los recursos y la satisfacción de la población y de los trabajadores de salud.
9. Concluir este año el curso introductorio en Gerencia de Calidad en APS y MF y comenzar el diplomado de igual título, dirigidos ambos a los directores de Policlínicos e iniciar la preparación del resto de los equipos de dirección, Jefes de GBT y Profesores.
10. Desarrollar un proceso de implementación de las indicaciones de la presente Carpeta Metodológica, garantizando la discusión previa de cada aspecto en las reuniones de los GBT.
11. Priorizar en las áreas incorporadas al Plan Turquino la información necesaria para adecuar de forma práctica y operativa la reorganización y funcionamiento del área de salud.

## CONTROL Y EVALUACIÓN

- Evaluar en cada consejo de dirección y en cada consejo popular por la salud el impacto producido por el perfeccionamiento de la organización y funcionamiento del Policlínico.
- Utilizar las indicaciones metodológicas contenidas en la presente carpeta como criterios para la evaluación del proceso de perfeccionamiento de la organización y funcionamiento del Área de Salud.

\*Ver Manual de Organización y Gestión del Área de Salud.

## ESTRUCTURA DEL POLICLÍNICO

### SITUACIÓN ACTUAL

La APS a transitado por diferentes fases en su desarrollo en el perfeccionamiento continuo del sistema de salud, donde el policlínico ha sido el elemento básico en términos reales de integración de la asistencia, la docencia, la investigación y la participación de la comunidad. Durante muchos años se ha mantenido una estructura en estas instituciones de forma más o menos homogéneas que no diferencian la complejidad real de las funciones y acciones que realizan.

### PROPÓSITO

- Mejorar las acciones integrales de los Policlínicos en la comunidad.

### OBJETIVOS

- Establecer la estructura de los Policlínicos según nivel de complejidad.
- Organizar las actividades de gerencia del Policlínico.
- Mejorar la organización y control de los servicios que se brindan.

### METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN

Definir el nivel de complejidad del policlínico según los requisitos de:

- Total de Población que atiende
- Extensión territorial y características geográficas.
- Acreditación Docente y tipo de docencia que se imparte.
- Número de servicios que se prestan
- Número de consultorios , GBT y de trabajadores
- Presupuesto definido.

**Utilizar la clasificación empleada en el manual de Organización y Funcionamiento del Policlínico.**

Tipo I

Tipo II

Reorganizar las funciones del Policlínico según la implementación de la nueva estructura, así como establecer los diferentes niveles jerárquicos:

#### CONTROL Y EVALUACIÓN

- **Evaluación interna:** se establecerá por la dirección del Policlínico teniendo en cuenta las funciones según la organización del tiempo de trabajo y el tipo de actividades a realizar quedando establecidos los indicadores de estructuras (cobertura, condiciones de trabajo y otros) y los indicadores de proceso (Rendimiento, Productividad, evaluación de objetivos de trabajos de los programas y estrategias del MINSAP), sugiriendo utilizar el manual de gerencia antes mencionado
- **Evaluación externa:** Utilizado por otros niveles administrativos y se realiza en primera opción, revisando el proceso evaluativo interno para la detección de errores, dificultades y posibles soluciones, y como segunda actividad el empleo de otros métodos de control.

## PROYECCIÓN COMUNITARIA DE LAS ESPECIALIDADES

### SITUACIÓN ACTUAL

Se logra la proyección comunitaria de 12 especialidades a la Atención Primaria y la participación de 12 Grupos Nacionales en el diseño de las guías prácticas para el médico de familia.

Se continúa descentralizando servicios del segundo nivel de atención a Municipios y Policlínicos.

Se logra de conjunto con las Facultades de Ciencias Médicas la capacitación de los especialistas de MGI en estos perfiles.

### CONCEPTUALIZACIÓN

Es la participación activa de las Especialidades en la capacitación de los Recursos Humanos, la Asistencia Médica, la Investigación y la conducción de los Programas en la Atención Primaria con el objetivo de incrementar la calidad de los servicios que se brindan y la satisfacción de la población.

### PROPÓSITOS

- Elevar la calidad de la Atención Médica a la población
- Elevar la satisfacción de la población.
- Mejorar los indicadores del estado de salud de la población.
- Mejorar la accesibilidad de la comunidad a la atención médica especializada con un enfoque de riesgo.
- Elevar la competencia y desempeño del personal de APS mediante la asesoría técnica a través de la capacitación y el perfeccionamiento.
- Mejorar e incrementar la satisfacción de los técnicos y profesionales de la Atención Primaria.
- Desarrollar investigaciones en la APS acorde a los problemas identificados en el Análisis de la Situación de Salud.
- Consolidar el Sistema de Referencia y Contrareferencia entre los tres niveles de atención.

### ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN

Realizar un análisis de Situación de Salud estratificado por territorios de los resultados del programa.

Proyección de los Recursos Humanos con que cuenta para garantizar la cobertura asistencial y hasta que nivel (Municipio o Policlínico)

Propuestas de soluciones para el déficit de recursos humanos a través de:

Formación de Especialistas (Residencias)

Capacitación y entrenamiento (Maestrías y Diplomados)

Definir las funciones y las actividades a desarrollar por el Especialista en la docencia, la asistencia y la investigación que garanticen y apoyen el cumplimiento de las Estrategias: Ingreso en Hogar y Subsistema de Atención a la Urgencia.

Creación de grupos de trabajo para el monitoreo y control de la ejecución de los programas diseñados y aprobados por el MINSAP.

Aplicar Guías de Práctica Clínica (Normas y Procedimientos) para el trabajo del Médico, la Enfermera de la Familia y GBT.

Aplicar en este año en las siguientes especialidades:

Nefrología	Cardiología	Oncología
Ortopedia	Psiquiatría	Endocrinología
Angiología	Alergología	Cirugía
Dermatología	Oftalmología	Geriatría

- Mantener los planes asistenciales de las especialidades no básicas a las zonas rurales y montañosas y de difícil acceso según las siguientes orientaciones:
- Dar respuesta en las diferentes zonas del país las especialidades necesarias.
- Coordinar y dar seguimiento a nivel de la provincia en el Consejo de Dirección Provincial el programa de trabajo, frecuencia y especialidades.
- Incluir todas las actividades posibles vinculadas a los programas y estrategias del MINSAP.
- Vincular la actividad al Consejo Popular y con participación social y comunitaria.
- En coordinación con el SNTS se realizará en jornadas voluntarias sin afectar la atención médica.
- El enfoque asistencial es a lograr la resolutivez de los problemas identificados.
- Se desarrollará la actividad con un amplio componente docente y de capacitación.

#### CONTROL Y EVALUACIÓN

- Número de Especialidades que llegan al Municipio y/o Policlínico.
- Integración de las Especialidades al resto de las actividades de cada Área de Salud.
- Actividades de capacitación e Investigación desarrolladas.

## INTERRELACIÓN POLICLÍNICO HOSPITAL

La atención hospitalaria es un complemento del Programa de atención integral a la familia.

### SITUACIÓN ACTUAL

Aún no se logra una adecuada interrelación Consultorio-Policlínico-Hospital, trayendo consigo insatisfacción de las unidades referentes-aférentes y fundamentalmente al paciente, sobre todo por problemas de comunicación.

### CONCEPTUALIZACIÓN

Es la conexión entre las unidades prestadoras de servicios de distinta complejidad, que determina la formación de una red regionalizada, escalonada que permita la coordinación de las unidades operativas de los tres niveles de atención, facilitando, así el envío y recepción de pacientes y servicios, obedeciendo a los siguientes conceptos:

**Obligatoriedad de la información:** El personal de salud involucrado debe manejar el mismo nivel de información. Los pacientes deben estar informados de la necesidad de la referencia, el problema por el cual se realiza, el lugar a que debe ser enviado y la fecha en que será atendido.

**Información para el usuario:** Las unidades referentes deben contar con la dirección exacta de las unidades a las cuales se envía el paciente, así como número telefónico, las vías de acceso y medios de comunicación.

**Coordinación:** Los niveles de atención, servicios y unidades deben ser funcionales, por tanto debe existir coordinación previa entre los niveles de atención para garantizar el proceso. La continuidad se garantizará a través de la boleta de transferencia de pacientes.

**Justificación:** Toda referencia debe basarse en una amplia justificación que se traduce en una comunicación interpersonal o resumen clínico según el peso e importancia del problema. El proceder debe contar con la anuencia del paciente o familiar.

**Responsabilidad:** El equipo básico de salud de la APS es responsable de su paciente en cualquier lugar del sistema al que este sea referido. La unidad emisora debe estar capacitada para instaurar el manejo inicial además de ser el responsable de la evaluación periódica del estado de salud de los pacientes. De igual forma, la unidad ejecutora es responsable de hacer llegar la información necesaria a la unidad emisora de las acciones realizadas y sus resultados.

**Oportunidad:** El paciente debe ser referido directamente y sin obstáculos al nivel que necesite la solución de su problema, teniendo en cuenta lo establecido en la regionalización de los servicios de urgencia.

**Adecuación del sistema:** Todo sistema de referencia-contrarreferencia debe estar adecuado al lugar, modo y circunstancias prevalecientes así como a lo que se establece en la regionalización de los servicios vigente en el territorio.

**Instrumentos operativos:** Registro (Historia clínica individual, hoja de cargo, Boleta de transferencia. La Boleta de transferencia es el documento que se utilizará para remitir pacientes de una unidad de salud a otra.

**Transporte:** Para los casos de urgencia se orienta lo dispuesto en el sistema de urgencia de APS. Para otros casos la red debe garantizar otras vías que puede incluir transporte sanitario u otro tipo de vehículo.



## PROPÓSITO

- Brindar atención médica oportuna, con calidad e integrando la prestación de los servicios de los diferentes niveles del sistema para satisfacer necesidades de la población.

## OBJETIVOS

- Establecer una adecuada interrelación entre los diferentes niveles de atención.
- Garantizar el flujo de información entre los tres niveles para facilitar la toma de decisión en cualquiera de ellos.
- Solucionar de manera eficaz las necesidades de la población con un uso racional de los recursos existentes en el sistema.
- Lograr una relación costo/beneficio y costo/efectividad adecuada.

## ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN

Establecer y difundir conceptos básicos que se establecen en este capítulo de la carpeta metodológica. Operacionalizar los conceptos, asegurando las funciones de cada uno de los elementos del sistema. Definir los componentes del sistema territorial y las relaciones entre ellos, con independencia de la subordinación

Reunión de Interrelación Policlínico-Hospital, bimensual, con la participación de las unidades implicadas de cada territorio, para el análisis y discusión de los resultados de trabajo y presidida por el nivel provincial o municipal según corresponda.

## EVALUACIÓN

La evaluación se realiza utilizando indicadores:

### **Cuantitativos:**

- Porcentaje de referencia respecto al total de consultas.
- Porcentaje de contrarreferencias respecto al total de referencia.
- Porcentaje de referencias y contrarreferencias no adecuadas.
- Distribución porcentual de referencias por especialidades y por servicios.
- Número de Especialidades y frecuencia de consultas y otras actividades desarrolladas en la Atención Primaria.

### **Cualitativos:**

- Satisfacción de la población por los servicios recibidos
- Satisfacción de los proveedores del sistema.

## **ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EBS)**

Binomio conformado por el médico y enfermera de la familia, que atiende una población geográficamente determinada, que pueden estar ubicados en la comunidad, centros laborales o educacionales.

### **SITUACIÓN ACTUAL:**

La atención primaria y el médico y la enfermera de la familia constituyen la base del Sistema de Salud, la labor desarrollada por los equipos básicos de salud ha permitido alcanzar resultados superiores en el Estado de Salud de la población cubana.

La experiencia acumulada en el programa de medicina familiar, la férrea voluntad política y la participación activa de la comunidad en las acciones de salud nos permiten afirmar que en la organización y funcionamiento del trabajo del EBS y de los GBT tenemos una reserva importante de calidad y que ambos son susceptibles de mejora.

### **PROPÓSITOS**

1. Elevar el nivel de satisfacción de la población
2. Perfeccionar la organización del trabajo en función de las necesidades de la población.
3. Mejorar la calidad de la atención médica integral, dispensarizada a individuos, familia y comunidad.
4. Incrementar el nivel de satisfacción de los equipos de atención primaria con la labor desarrollada.

### **ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN**

1. Definir en la comunidad, de conjunto con los líderes formales e informales los locales necesarios para establecer nuevos consultorios.
2. Garantizar que se brinde una adecuada atención médica integral dispensarizada acorde a las necesidades de la población.
3. Garantizar que los locales y consultorios nuevos y actuales cumplan los requisitos mínimos para su funcionamiento:
  - Privacidad
  - Iluminación
  - Ventilación
  - Suministro de agua potable
  - Mobiliario clínico, no clínico e instrumental (anexo 1)
  - Medicamentos (anexo 2)
5. Organizar el consultorio logrando que la enfermera este ubicada en un lugar accesible a la sala de espera de forma que le permita:
  - Recibir a los pacientes
  - Establecer prioridades
  - Observarlos, escucharlos
  - Intercambiar información
  - Preparar la documentación necesaria
6. Garantizar que esté disponible la documentación a utilizar por el EBS, así como su correcto llenado, conservación y utilización para los fines que fueron creados.
7. Garantizar la información a través de:
  - Pancarta Informativa (Anexo 3)
  - Hoja de localización. Esta se debe colocar en un lugar visible y con letra legible anotará las direcciones y lugares donde localizar al EBS.

## 8. Organización del trabajo

La organización de trabajo del EBS debe dar respuesta a las necesidades de salud de su población su planificación y comprenderá el desarrollo de las actividades de:

**CONSULTA:** Actividad de encuentro y comunicación entre el paciente y su familia con el EBS para el conocimiento y solución de los problemas identificados, realizada en el CMF o en el hogar. Esta puede ser programada o a demanda.

- Programada: Previa programación por el EBS. Cada vez que un paciente sea visto en el consultorio o en su hogar, se debe concertar con el paciente la próxima consulta, registrarla en la historia clínica y programarla en el tarjetero de planificaciones de acciones de salud.
- Espontánea o a Demanda: Es aquella que se realiza sin previa citación del paciente y que acude o solicita ser visto ese día.
- Ambas modalidades de consulta deben quedar debidamente registradas en los documentos establecidos.

**TERRENO:** Actividad realizada por el EBS fuera del local del consultorio.(visita al hogar, visita al hospital u otras instituciones de salud)

El mismo debe ser:

- Planificado por el EBS para definir las evaluaciones independientes o de conjunto a realizar.
- Establecimiento de prioridades, teniendo en cuenta la solicitud de visitas a hogar (siempre y cuando la solicitud no sea urgente, si es urgente acudir de inmediato), ingresos en el hogar, seguimientos periódicos, visitas a pacientes enfermos vistos en el horario de consulta que por su estado lo requieran, visitas a hospitales y otras instituciones de salud, así como las visitas programadas a través de la dispensarización.
- La actividad realizada en el terreno debe quedar debidamente registrada en los documentos establecidos.

**CONSULTAS VESPERTINAS O NOCTURNAS POR LOS EBS (CONSULTA DESLIZANTE)** previo consenso con su comunidad y aprobado por la Dirección del Policlínico. Teniendo en cuenta que no todos los EBS de un GBT deslicen el mismo día y como mínimo una vez a la semana.

**INTERCONSULTAS :** Intercambio científico técnico que establece el EBS con otro especialista para llegar a un diagnóstico, definir un pronóstico y establecer conducta, esta actividad tiene un objetivo asistencial y docente.

- De las especialidades básicas: Se realizarán en los CMF, ya sea en el local del consultorio o en el hogar según necesidades del paciente, estas deben ser programadas y registradas en los documentos establecidos. Para ello el EBS realizará una adecuada presentación del caso.
- De las especialidades no Básicas: El médico de conjunto con la enfermera decidirá si es necesario acompañar al paciente y en caso negativo garantizará la referencia adecuada que permita conocer al especialista al que se refiere el caso todos los datos necesarios para una adecuada atención.

9. Conocimiento del EBS de la programación de trabajo de sus profesores.

10. Cobertura: Revitalización de los dúos o tríos, con la finalidad de que cuando el Policlínico no pueda garantizar una reserva fija para cubrir la ausencia del médico, el miembro del dúo o trío designado por el jefe del GBT cubrirá en su horario de terreno este consultorio 2 ó 3 veces por semana, acompañado de la enfermera del consultorio afectado.

### **PREMISAS PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS DÚOS Y TRÍOS.**

- La premisa básica es la garantía de la atención a la población
- Situación geográfica (consultorios cercanos)

- Categoría docente de ser posible formar dúos y tríos entre especialistas y residentes.
- Los consultorios involucrados formarán parte de un mismo GBT.
- Contemplar todos los EBS (comunidad, centros de trabajo, escuelas, círculos infantiles), cuando sea necesario utilizar personal de centros escolares y laborales se coordinará con la dirección de los mismos.
- Informar a la población a través de la pancarta informativa y de los líderes formales e informales de la comunidad.
- Durante periodos no mayor a 15 días.
- El Jefe del GBT será el responsable de designar el integrante que va a cubrir esa ausencia.
- Cuando la ausencia sea de ambos miembros del equipo básico de salud, el J' del GBT y la dirección del policlínico, garantizarán una reserva fija para uno de los miembros del equipo.
- La enfermera del consultorio que presente afectación de la cobertura médica mantendrá el consultorio abierto durante el horario de consulta para informar y ofrecer a sus pacientes las atenciones necesarias.
- Los profesores del GBT darán atención especial a estos consultorios afectados con frecuencias planificadas.
- El miembro del equipo básico de salud designado para cubrir en su horario de terreno otro consultorio, debe garantizar en su población los terrenos priorizados.
- Cuando esta ausencia sea planificada (vacaciones, cursos, rotaciones por hospitales) el EBS reorganizará la programación adelantando o post poniendo las evaluaciones de salud planificadas para el periodo.
- Cuando la ausencia sea mayor de 15 días, se ubicará una reserva fija y en caso de no contar con la misma el Policlínico aplicará redistribución de Recursos Humanos: utilización de los Jefes de GBT, utilización de los miembros del equipo de dirección. En cualquier variante se dará atención especial a los grupos prioritarios, quedando bien definida la responsabilidad sobre estos grupos.

#### EVALUACIÓN:

1. Encuestas y entrevistas a líderes formales e informales de la comunidad.
2. Visitas periódicas por integrantes del GBT, Consejo de Dirección del Policlínico y Dirección Municipal.

## **ANEXO 1**

### **MOBILIARIO CLÍNICO, EQUIPOS E INSTRUMENTAL**

PESA PARA BEBÉ 1  
AUTOCLAVE 1  
ESCABEL 1  
CEPILLO PARA CIRUJANO 1  
LÁMPARA DE CUELLO FLEXIBLE 1  
MESA AUXILIAR CON BARANDAS 1  
MESA PARA PESA DE BEBÉ 1  
MESA MULTIPROPÓSITO 1  
NEGATOSCOPIO SENCILLO 1  
PARABÁN DE DOS CUERPOS 1  
PESA PARA ADULTO CON TALLIMETRO 1  
PORTA SUERO 1  
VITIRINA 1  
SOSTENEDOR PARA FRASCO DE SUERO 500 ML 1  
SOSTENEDOR PARA FRASCO DE SUERO 1000 ML 1  
BALÓN Y MANÓMETRO DE OXÍGENO (O COMPRESOR) 1

### **MOBILIARIO NO CLÍNICO**

BURÓ PARA EL MÉDICO 1  
BURÓ PARA LA ENFERMERA 1  
ARCHIVO 1  
SILLAS 3  
REFRIGERADOR 1

### **OTROS INSUMOS:**

TOALLAS 4  
SÁBANAS 4  
CINTA MÉTRICA 1  
CALENDARIO OBSTÉTRICO 1

### **INSTRUMENTAL:**

AGUJA HIPODÉRMICA 20 X 1 (2 DOCENAS)  
AGUJA HIPODÉRMICA 21 X 1 (2 DOCENAS)  
AGUJA HIPODÉRMICA 22 X 1 (2 DOCENAS)  
AGUJA HIPODÉRMICA 23 X 1 (2 DOCENAS)  
AGUJA HIPODÉRMICA 26 X 1 Y MEDIO (5 DOCENAS)  
GUANTES QUIRÚRGICOS 10 PARES  
HOJAS DE BISTURÍ 20 X 1 (4)  
MANGO DE BISTURÍ 2  
PINZAS DE DISERCIÓN SIN DIENTES 2  
PINZAS DE DISERCIÓN CON DIENTES 2  
PINZAS DE MOSQUITO RECTA 2  
PINZAS DE MOSQUITO CURVAS 2  
PINZA KOCHER RECTA 2  
PINZA KOCHER CURVA 2  
PINZA DE ANILLOS 4  
PORTAAGUJAS 2  
SONDA ACANALADA 1

TIJERA DE MAYO RECTA 1  
TIJERA PARA RETIRAR PUNTOS 1  
TIJERAS PARA VENDAJES ABOTONADA 1  
ESFIGMOMANÓMETRO 1  
ESTETÓSCOPO 1  
INFANTOMETRO 1  
MARTILLO DE PERCUSIÓN TAYLOR 1  
OTOFTALMOSCOPIO 1  
ESPECULO VAGINAL CHICO 2, MEDIANO 6 Y GRANDE 4  
ESTETOSCOPIO OBSTÉTRICO 1  
EXTRACTOR DE ANILLO 1  
HISTERÓMETRO 1  
PINZA PORTAGASA 6  
PINZA DE CUELLO 1  
DIAPASÓN 1  
JERINGUILLA HIPODÉRMICA DE 2 ML (5), 5 ML (8), 10 ML (5), 20 ML (5), INSULINA ( U 80 (2), U 40 (3),  
TUBERCULINA (2).  
AGUJA PARA SUTURAR MEDIO CIRCULO CON FILO (2)  
AGUJA PARA SUTURAR RECTA CON FILO (2)  
SUTURA QUIRÚRGICA PARA PIEL SUPRAMID (4)  
CUBETA A/I CON TAPA MEDIANA 2  
CUBETA A/I CON TAPA CHICA 2  
CUBETA A/I CON TAPA GRANDE 2  
RIÑONERA MEDIANA 2  
CONSERVA METÁLICA PARA SET DE INYECCIONES 5  
CUBETA SIN TAPA 1  
TERMÓMETRO 2  
GRADILLA 1  
BOQUILLA PARA AEROSOL

## ANEXO 2

### MEDICAMENTOS QUE DEBEN ESTAR SITUADOS EN EL CONSULTORIO MÉDICO DE LA FAMILIA

1. Agua para inyección	5 ámpulas
2. Aminofilina	3 ámpulas
3. Diazepám	6 ámpulas
4. Difenhidramina	6 ámpulas
5. Dimenhidrinato	3 ámpulas
6. Espasmoforte	6 ámpulas
7. Dipirona	8 ámpulas
8. Furosemida 20 mg	3 ámpulas
9. Furosemida 50 mg	3 ámpulas
10. Nicetamina	3 ámpulas
11. Reserpina	6 ámpulas
12. Hidrocortizona bb	3 bb
13. Epinefrina	3 ámpulas
14. Atropina	2 ámpulas
15. Dextrosa 5 %	4 ámpulas
16. Clorosodio 500 ml	2 fcos
17. Dextrosa 500 ml	2 fcos.
18. Peróxido de Hidrógeno	1 fco.
19. Timerosal	1 fco.
20. Violeta de Genciana	fco.
21. Yodo	1 Fco.
22. Cremas antibióticas para curación (Neomicina, Neopolibacin, Nitrofurazona o Sulfadiacina de Plata)	1 tubo
23. Captopril	10 tabletas
24. Nitroglicerina	6 tabletas
25. Equipo de Venoclisis	3 Unidades
26. Analgésicos ( Dipirona, Acetaminofen, Acido Acetilsalicílico)	20 Tabletas.

## **ANEXO 3**

### **PANCARTA INFORMATIVA PARA LA POBLACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES DEL CONSULTORIO**

#### CONCEPTUALIZACIÓN

Es el modelo para la información a la población sobre la organización del trabajo del equipo básico de salud (médico y enfermera), el cual estará ubicado en un lugar visible del exterior del consultorio médico.

#### OBJETIVOS

Registrar la información relacionada con la organización del trabajo en el consultorio del médico y Enfermera de la Familia.

Mantener actualizada la información a la población sobre la organización del trabajo.

#### METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN

El Ministerio proveerá la pancarta para cada consultorio.

El Director del área de salud y el jefe de Grupo Básico de trabajo son los máximos responsables del correcto llenado, actualización y conservación de este modelo.

La Pancarta de Organización del trabajo en el consultorio debe colocarse en un lugar visible a la población y donde se garantice su protección.

Cada equipo básico de salud (médico y enfermera) plasmará en este modelo la organización del trabajo de su consultorio.

Para el correcto llenado:

#### CABEZA DEL MODELO

**CONSULTORIO:** Anotar el número que identifica cada consultorio

**Dr.** Anotar el nombre y apellidos del médico que labora en el consultorio.

**ENFERMERA:** Anotar el nombre y apellido de la enfermera que labora en el consultorio.

#### CUERPO DEL MODELO

Anotar en cada día de la semana la actividad que corresponda. Consulta o terreno, docencia u otra actividad en los horarios de 8-12 y de 1-5pm.

**DESLIZANTE:** Se anotará en el día correspondiente el horario en que se realizará el mismo.

**GUARDIA:** Se anotará el horario de guardia en el día de la semana que corresponda.



## ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DEL CONSULTORIO

**Consultorio:**

**Dr.(a):** \_\_\_\_\_

**Enf. :** \_\_\_\_\_

---

<b>Horario</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>
----------------	--------------	---------------	------------------	---------------	----------------	---------------

---

**8 am – 12 m**

---

**1 pm – 5 pm**

---

**Deslizante**

---

**Guardia**

---

**Para Urgencias en otros horarios el lugar que le corresponde es :**

---

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

---

**PIRÁMIDE Comunicación Integral**

## **EVALUACIÓN DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EBS).**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

No existe un criterio uniforme para la Evaluación del Equipo Básico de Salud (EBS), lo que conduce a que en ocasiones se evalúe por metas numéricas dirigido sólo a los resultados, sin tener en cuenta el proceso.

### **PROPÓSITOS**

1. Establecer una metodología uniforme para la evaluación.
2. Mejorar la calidad de la atención médica integral, dispensarizada a individuos, familia y comunidad.
3. Mejorar la satisfacción de la población.
4. Lograr la satisfacción de los equipos con la evaluación de su trabajo.

### **ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN**

Es fundamental tener en cuenta que:

- Este sistema se utilizará por los evaluadores del GBT, Policlínico, Municipio, Provincia y Nivel Central.
- El proceso debe ser sistemático y continuo desde el Municipio con énfasis en las evaluaciones realizadas por el policlínico y el GBT. La evaluación tendrá un carácter integral y educativo.
- Todos los integrantes del GBT realizarán su evaluación con la periodicidad establecida y según su cronograma.
- La categoría final se determinará por consenso de los profesores del GBT y el resultado se expresará en Bien, Regular, Mal y No Evaluable. La periodicidad mínima debe ser mensual.
- Se le dará a conocer al EBS y el resultado se reflejará en el libro de visitas y evaluaciones
- Para cada problema identificado se establecerán plazos y acciones concretas para su solución, este plan se evaluará en la próxima visita.
- Los problemas identificados que repercutan en la calidad de la atención médica y en el pronóstico de los pacientes así como en la satisfacción de la población generarán acciones inmediatas de los profesores y según su importancia se informarán al equipo de dirección del policlínico.
- Los resultados del proceso se acompañarán del reconocimiento de su colectivo en las Reuniones de GBT y otras actividades del centro.
- Se tendrá en cuenta el criterio de los estudiantes que roten por ese consultorio.

Se considera evaluación el proceso mediante el cual se valoran o estiman las acciones que desarrolla el Equipo Básico de Salud y en el cual se diseñan medidas para su solución.

Se basará en : estructura, proceso y resultado.

### **ESTRUCTURA**

Estos indicadores serán evaluados a través de visitas y entrevistas realizadas a informantes claves y otras fuentes.

- Permanencia del EBS
- Puntualidad
- Orden e higiene del CMF y su entorno.
- Porte y aspecto personal de los miembros del EBS
- Disponibilidad de material educativo para la población
- Pancarta informativa y hoja de localización.
- Cuidado de los medios y recursos de que dispone.
- Presencia y conservación de la documentación establecida, por el EBS.
- Satisfacción del EBS.

## **PROCESO**

Evaluación de la calidad de la atención médica.

Se evaluarán los procesos claves a través de los registros básicos del consultorio Historia Clínica Individual, Historia de Salud Familiar.

Se considerarán claves los procesos de Interconsulta, Dispensarización y Análisis de la Situación de Salud.

Se utilizan otras fuentes la información estadística y el registro de Actividades de Medicina Familiar.

Se evalúa la calidad de lo registrado, la correspondencia con lo reflejado en cada uno de los registros.

La información necesaria se obtiene a través de las evaluaciones:

**CONCURRENTE:** Evaluación del desempeño del EBS en el cumplimiento de los procedimientos médicos y de enfermería.

**RETROSPECTIVA:** Se realiza a través de la revisión de las Historias Clínicas Individuales e Historias de Salud Familiar.

## **RESULTADO**

- Evaluación Concurrente: Evaluación del desempeño del Equipo Básico de Salud en el cumplimiento de los procedimientos médicos y de enfermería.
- Evaluación Retrospectiva: Se realiza a través de la revisión de las Historias Clínicas Individuales, Historias de Salud Familiar.
- Grado de satisfacción de la población (ver evaluación de satisfacción con los servicios de salud en la Atención Primaria de Salud)
- Las modificaciones alcanzadas en el Estado de Salud de su Población

## **EVALUACIÓN**

Se considerarán las acciones evaluativas realizadas por cada equipo de dirección y por cada profesor de GBT:

1. Total y porcentaje de EBS evaluados en el período.
2. Resultados de evaluaciones
3. Calidad de las evaluaciones realizadas.

Satisfacción de los EBS con el proceso de evaluación

# **METODOLOGÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CONSULTORIOS UBICADOS EN CENTROS LABORALES**

## **SITUACIÓN ACTUAL**

Los EBS ubicados en los centros laborales juegan un papel protagónico en la atención médica al trabajador, existiendo dificultad en la definición del universo de centros priorizados y en consecuencia inadecuada distribución de los Recursos Humanos. Falta sistematicidad en la atención del GBT y del Policlínico a estos Equipos de Salud.

## **CONCEPTUALIZACIÓN**

El médico y enfermera de la familia que laboran en un consultorio en centro laboral, forman parte del GBT y del Área de Salud que geográficamente le corresponda y realizan sus funciones con un enfoque integral, acorde a lo que establecen los Programas Nacionales vigentes por el MINSAP y los Organismos a los que prestan sus servicios.

## **PROPÓSITOS**

1. Realizar acciones de salud integrales dirigidas a incrementar la salud del trabajador y su entorno.
2. Elevar la calidad de la atención médica al trabajador mediante acciones dirigidas al individuo, al colectivo y entorno laboral.
3. Desarrollar actividades de aseguramiento para garantizar la ejecución del programa.
4. Mejorar los indicadores de salud de los trabajadores.
5. Lograr una mejor utilización de los Recursos Humanos.

## **ACCIONES Y METODOLÓGICA PARA SU IMPLEMENTACIÓN**

- Definir el universo teniendo en cuenta los criterios actuales.
- Garantizar la atención de los profesores y la integración al Grupo Básico de Trabajo que geográficamente le corresponda.
- Sistematizar intercambio entre el Director del Policlínico, GBT y representantes del Consejo de Dirección del centro para evaluar:

Condiciones mínimas necesarias para brindar el servicio.

Funciones del Equipo Básico de Salud.

Grado de satisfacción de los trabajadores con los servicios médicos recibidos.

Otros aspectos que se consideren.

## **CRITERIOS PARA LA UBICACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN CENTROS LABORALES**

Los centros de trabajo se clasifican en tres categorías A; B Y C de acuerdo a lo establecido para la Inspección Sanitaria Estatal, con base a los elementos que a continuación relacionamos.

- Número de trabajadores.
- Nivel de peligrosidad, magnitud de los riesgos e historia de efectos negativos (accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ).
- Importancia económica y social para el país o territorio.

Se consideran Centros Tipo A los que tengan uno o más de los siguientes requisitos:

- Más de 500 trabajadores.
- Factores de riesgo que lo clasifiquen como peligrosos y antecedentes de índices elevados de accidentalidad y enfermedades profesionales.
- Alta importancia económica y social para el país o el territorio.

Los centros clasificados como A serán considerados priorizados para la ubicación de médico (s) y enfermera (s) a tiempo completo. Deberá considerarse los médicos y enfermeras de mayor calificación profesional para los centros de mayor complejidad.

Los Centros Tipo B y C serán cubiertos de acuerdo a la disponibilidad de Recursos Humanos en cada territorio, estableciendo el orden de prioridad según los criterios de peligrosidad e importancia económica y social.

Se podrá utilizar como alternativa brindar cobertura médica por un médico a dos o tres centros de trabajo cuando geográficamente sea posible o por la dependencia organizativa de los mismos. El total de trabajadores en la modalidad anterior no debe exceder a la cifra de 800. En cada uno de los centros se mantendrá cobertura a tiempo completo con personal de enfermería.

En todos los casos la ubicación de médicos y enfermeras será decidida de forma colegiada por el Especialista a cargo de la Salud Ocupacional en el territorio y jefe del Departamento de Atención Primaria.

### ***FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN MUNICIPAL y del Policlínico***

- Garantizar la cobertura médica y de enfermería en los centros tipo A.
- Discutir y plantear soluciones a los problemas de los centros laborales que le corresponden, con participación intersectorial y comunitaria.
- Analizar el comportamiento de la accidentabilidad y de la emisión de certificados médicos.
- Incluir en la red del SSU del Municipio aquellos centros que por su complejidad lo requieran.
- Garantizar los medios necesarios para brindar atención de calidad.
- Garantizar la interconsulta de los profesores de los GBT según establece el Programa del Médico de Familia.
- Vincular estos consultorios a la farmacia correspondiente y cumplir las regulaciones establecidas por el Programa Nacional de Medicamentos así como el reglamento para el funcionamiento de los Comités Farmacoterapéutico.
- Desarrollar actividades de capacitación, utilizando los Recursos Humanos disponibles en su territorio (Master, Especialistas en Salud ocupacional y otros) dando respuesta a las necesidades de aprendizaje identificadas.

### ***FUNCIONES DEL GRUPO BÁSICO DE TRABAJO***

Serán las establecidas en el acápite PERFECCIONAMIENTO DEL GBT.

Considerando fundamental la actividad de estos Equipos Básicos de Salud dado la importancia social de la función que cumplen.

### ***FUNCIONES DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD***

#### ***ORGANIZATIVAS Y DE DIRECCIÓN***

- Controlar el uso racional de los medicamentos y material gastable
- Velar por el cuidado de los medios y recursos a su disposición.
- Participar en el Consejo de Dirección para propiciar el análisis integral del trabajo de salud.
- El médico será el responsable del EBS.

#### ***DE ATENCIÓN MÉDICA***

- Dispensarizar al 100 % de los trabajadores del centro.
- Desarrollar acciones de promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de salud, mediante acciones dirigidas al individuo, colectivo laboral y entorno.
- Realizar el ASS con enfoque de riesgo, realizando acciones conjuntas dirigidas a mejorar los indicadores de salud de los trabajadores.
- Cumplir con las acciones de los Programas Nacionales vigentes en el MINSAP.

## **DOCENCIA**

- Participar en las reuniones metodológicas de su área de salud y su GBT .
- Participar en actividades de capacitación programadas y en los eventos científicos de su área.

## **INVESTIGACIÓN**

- Realizar Investigaciones que respondan a los problemas identificados en el ASS y vincular a las mismas a los especialistas del área de Salud Ocupacional buscando mayor calidad técnica de las mismas.

## **EVALUACIÓN Y CONTROL**

Permanencia y Estabilidad del Médico y la Enfermera.

Criterios de los trabajadores y de la dirección del centro sobre la gestión del equipo.

Morbilidad por accidente de trabajo.

Morbilidad por enfermedades profesionales.

Morbilidad por brotes por enfermedades transmisibles.

Indicadores de discapacidad.

Mortalidad por accidentes de trabajo.

Grado de satisfacción de los trabajadores con los servicios médicos recibidos.

# **METODOLOGÍA PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CONSULTORIOS MÉDICOS UBICADOS EN LOS CENTROS EDUCACIONALES**

## **SITUACIÓN ACTUAL**

Los Equipos Básicos de Salud ubicados en Centros Educativos, juegan un papel esencial, son ellos los encargados de dirigir, ejecutar y controlar las acciones de salud dentro de estas instituciones, para lo cual es necesario su adecuada capacitación y atención sistemática por el Grupo Básico de Trabajo que geográficamente le corresponda, existiendo actualmente dificultad.

## **CONCEPTUALIZACIÓN**

El Equipo Básico de Salud que labora en un consultorio en centro educativo, forma parte del GBT y del área de salud donde geográficamente está insertado y realizará sus funciones con un enfoque integral, médico pedagógico, de acuerdo a los Programas vigentes en el Ministerio de Salud Pública y Resoluciones aprobadas por ambos Ministerios.

## **PROPÓSITOS**

1. Realizar acciones integrales que permitan mejorar el estado de salud de los educandos y trabajadores del centro.
2. Perfeccionar el Programa de Salud al Escolar.
3. Desarrollar un proceso continuo de capacitación de los Recursos Humanos,
4. Motivar a los EBS para la conducción del Programa y garantizar las actividades de aseguramiento para su ejecución.
5. Mejorar la eficiencia del GBT en los consultorios ubicados en Centros Educativos.
6. Integrar las acciones del Equipo Básico de Salud y el Grupo Básico de Salud al perfeccionamiento del proceso educativo.
7. Mejorar el nivel de satisfacción de la familia de los educandos.

## **ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN**

- Definir el universo de centros priorizados en coordinación con las Direcciones de Educación según corresponda, caracterizando cada Institución según tipo de enseñanza, matrícula y situación geográfica.
- Analizar en cada caso la modalidad de cobertura requerida. (cobertura médica y de enfermería 24 horas, cobertura médica 8 horas y de enfermería 24 horas, ambas 8 horas, cobertura de enfermería y médica con la frecuencia que se requiera en cada lugar).
- Distribuir adecuadamente los Recursos Humanos, priorizando los centros de mayor complejidad con el personal más calificado.
- Integrar los centros internos a la Red del Subsistema de Urgencia del Municipio.
- Garantizar la atención de los profesores y la integración al Grupo Básico de Trabajo que geográficamente corresponda.
- Sistematizar intercambio entre la Dirección del Policlínico, GBT y el Consejo de Dirección del centro educativo, con el objetivo de evaluar:
  - Condiciones mínimas necesarias para brindar el servicio.
  - Funciones del Equipo Básico de Salud.
  - Satisfacción de los estudiantes y trabajadores con los servicios recibidos.
  - Otros aspectos que se consideren de Interés.

## **FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN MUNICIPAL Y DEL POLICLÍNICO**

- Garantizar la cobertura médica y de enfermería en los Centros Priorizados.

- Garantizar los recursos necesarios para brindar atención de calidad.
- Garantizar la Interconsulta de los profesores de los GBT, con la frecuencia que establece el Programa del Médico y Enfermera de la Familia.
- Incluir en las reuniones de estrategias el tema de la salud al escolar, para el análisis integral y sistemático de los aspectos que a continuación relacionamos:
  - Situación de la cobertura médica.
  - Comportamiento de la morbilidad por enfermedades transmisibles.
  - Comportamiento de los certificados médicos en las etapas de escuela al campo.
  - Otros que se consideren.
    - Controlar el cumplimiento de las indicaciones Ministeriales dirigidas a garantizar la permanencia y estabilidad de los médicos y enfermeras en los centros priorizados.
    - Definir en el Consejo Municipal de Salud un espacio para la discusión de los problemas de sus centros, logrando que la intersectorialidad y participación comunitaria permita dar solución a los mismos.
    - Insertar en la red del Subsistema de Urgencia del Municipio, las escuelas internas o aquellas que su complejidad lo requieran.
    - Controlar el cumplimiento de la Resolución Ministerial Conjunta MINED-MINSAP 1-97 y el Programa Integral de Atención Médico Pedagógico a Educandos y Trabajadores del Ministerio de Educación.

### ***FUNCIONES DEL GRUPO BÁSICO DE TRABAJO***

- Serán las que se establecen en el acápite PERFECCIONAMIENTO DEL GBT. Considerando fundamental la atención a estos Equipos de salud dado la importancia de la función social que cumplen.

### ***FUNCIONES DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD UBICADO EN CENTROS EDUCACIONALES***

#### **ORGANIZATIVAS Y DE DIRECCIÓN**

1. Controlar el uso racional de los medicamentos y material gastable.
2. Velar por el cuidado de los medios y recursos a su disposición.
3. Participar como miembro activo de los órganos técnicos y Consejo de Dirección para propiciar el análisis integral del trabajo de salud en el proceso docente educativo.
4. Perfeccionar la interrelación con el personal docente del centro para transmitir conocimientos y desarrollar la cultura en salud.
5. Exigir por el cumplimiento de las acciones de aseguramiento y garantía de los recursos para desarrollar su labor (condiciones del consultorio, garantía de medicamentos y otros medios necesarios y definidos en el módulo).
6. Establecer coordinación, con los médicos de comunidad próximos a sus centros o a los cuales pertenecen los estudiantes y trabajadores.
7. Establecer estrecha relación con el Consejo Popular, Consejo de padres, organizaciones estudiantiles y demás entidades de la comunidad.
8. Participar en actividades educativas.
9. El médico será el responsable del EBS

#### **DE ATENCIÓN MÉDICA**

1. Dispensarizar al 100 % de los alumnos y trabajadores del centro. Las evaluaciones de salud correspondientes a cada Grupo Dispensarial se realizarán con la frecuencia establecida en el acápite DISPENSARIZACIÓN.
2. Desarrollar acciones de Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la Salud dirigidas al individuo, colectivo y el entorno.
3. Realizar el Análisis de la Situación de Salud con enfoque de riesgo, en cuyas acciones y actividades participarán representantes del centro y la familia, logrando con ello modificar positivamente los indicadores de salud.



4. Aplicará los Programas Nacionales vigentes en particular los relacionados con la Atención al Escolar y a la salud del trabajador.
5. Realizar la guardia médica, según la programación de su Área de Salud.

#### DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

1. Mantenerse incorporados a los programas de Educación Permanente programados por su área de salud.
2. Participar en la reunión de GBT.
3. Desarrollar investigaciones que respondan a los problemas de salud identificados.

#### CONTROL Y EVALUACIÓN

Permanencia y estabilidad del médico y la enfermera.

Atención por el GBT

Participación del colectivo educacional en los procesos de mejoramiento de la salud.

Realización y discusión del ASS y desarrollo del Plan de Acción.

Actividades de superación e investigación.

Satisfacción del Sector Educacional con los Servicios Médicos recibidos.

## **REGISTROS BÁSICOS DEL SUBSISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

Se inició la distribución en todo el país del nuevo modelaje para la APS. La impresión de los modelos aún es insuficiente no cubriendo las necesidades de cada provincia. Se ha encontrado en visitas realizadas a diferentes instituciones un uso inadecuado de los mismos.

### **PRINCIPIOS**

- Registros primarios adecuados y únicos
- Existencia de modelos apropiados para los registros básicos
- Procesamiento y análisis de la información.
- Retroalimentación

### **ACCIONES Y METODOLOGÍA**

1. Cumplimiento de la resolución ministerial dictada a estos efectos.
2. Impresión y distribución definitiva de todo el modelaje a los EBS.
3. Desarrollar proceso de capacitación que garantice el conocimiento para el correcto llenado y utilización de estos modelos.
4. Utilizar los documentos para los fines que fueron creados.
5. Entrega mensual por parte de la estadística del GBT de la información necesaria al EBS.

### **CONTROL Y EVALUACIÓN**

Cumplimiento de la resolución.

Cumplimiento de la Retroalimentación al médico y enfermera de la familia.

Correcto llenado de los registros (Hoja de Actividades de Medicina Familiar, Historia de Salud Familiar, Historia Clínica Individual, Planificación de Acciones de Salud, Hoja de Actividades del Subsistema de Urgencias).

Calidad del llenado de los modelos.

Control sobre el uso de los registros.

**NOTA ACLARATORIA: AL FINAL DE ESTA CARPETA APARECE EN EL CAPÍTULO ANEXOS LOS INSTRUMENTOS REFERIDOS EN ESTE TEMA**

## **DISPENSARIZACIÓN**

### **SITUACIÓN ACTUAL.**

El desarrollo de la Medicina Familiar en el país ha permitido mejorar con un enfoque más integral la atención médica que se brinda a la población en el primer nivel de atención. La Dispensarización se ha perfeccionado como instrumento de abordaje en la gestión sanitaria.

No obstante la dispensarización no se desarrolla como un proceso que comprende, además del registro y la evaluación periódica de la salud de los individuos y la familia, la intervención en el estado de salud de los mismos. El fondo de tiempo del Equipo Básico de Salud (EBS) no permite realizar el número de evaluaciones que norma la carpeta metodológica según grupos dispensariales y además, en la utilización del mismo no se prioriza la evaluación e intervención en individuos y familias con problemas que constituyen hoy las principales causas de morbilidad, mortalidad discapacidad y de disfunción familiar. Es insuficiente la intervención en la familia, en los individuos supuestamente sanos y en los espacios laboral y escolar. Persisten deficiencias en la evaluación de la situación de salud del individuo, fundamentalmente en la aplicación del método clínico.

### **CONCEPTUALIZACIÓN.**

Es el proceso organizado, continuo y dinámico de evaluación e intervención planificada e integral, con un enfoque clínico, epidemiológico y social, del estado de salud de los individuos y familias. Es un proceso coordinado y liderado por el EBS.

### **PROPÓSITO.**

- Desarrollar un proceso de mejora continua del estado de salud de los individuos y familias.
- Elevar la satisfacción de la población con los servicios de salud que brinda el sistema.
- Determinar el estado de salud de individuos y familias.
- Promover estilos de vida saludables en los individuos y familias.
- Identificar e intervenir riesgos, enfermedades y otros daños a la salud individual y familiar.
- Facilitar la intervención multidisciplinaria en los problemas de salud individual y familiar.
- Aportar la información necesaria sobre la salud individual y familiar para el desarrollo del
- Análisis de la Situación de Salud.
- Mejorar la eficiencia en el trabajo del sistema de medicina familiar.

### **ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN:**

#### ***I- REGISTRO DE INDIVIDUOS Y FAMILIAS:***

- Se realizará por tres vías fundamentales:

- Presentación espontánea de los individuos.
- Visitas programadas a las viviendas.
- Actualización sistemática con una frecuencia no mayor de tres meses.

Toda persona y familia que se incorpore al área de atención del consultorio debe ser evaluado antes de los tres meses de estar residiendo en la misma.

#### ***II- EVALUACIÓN PERIÓDICA DE LA SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR:***

Convertir la evaluación en un proceso continuo de aplicación del método clínico, epidemiológico y social para la intervención y modificación de los riesgos y daños a la salud de individuo y familia y para la promoción de estilos saludables de vida.

## **Evaluación de la salud del individuo.**

La evaluación individual debe basarse en:

### **1- La más rigurosa aplicación del método clínico en Medicina Familiar.**

Orientar y utilizar correctamente la observación, el interrogatorio y el examen físico en la evaluación de salud e identificación de riesgos, daños o problemas presentes teniendo en cuenta el ciclo vital y la situación de salud del individuo y la familia.

### **2- La evaluación de indicadores epidemiológicos de riesgos, daño y discapacidad según edad y sexo.**

Se utilizarán la información que aparece en los programas específicos de salud, por ejemplo: Programa de HTA, Programa de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino, entre otros; esto permitirá profundizar en la identificación del riesgo en aquellas áreas de la salud del individuo con mayores probabilidades de daños según el patrón epidemiológico de riesgo, morbimortalidad y discapacidad existente por edad y sexo.

### **3- La evaluación de la percepción del funcionamiento familiar que tiene el individuo.**

El test constituye una herramienta para incorporar conocimiento, se reflejara sólo el nivel de funcionabilidad familiar que percibe el individuo.

( Anexo en Instructivo de Historia de Salud Familiar)

### **4- La situación de salud familiar del individuo:**

Al evaluar la salud del individuo es necesario tener en cuenta la situación de salud de la familia. La estructura de la familia, la existencia de crisis, el cumplimiento de las funciones básicas, las condiciones materiales de vida y otros componentes que juegan un papel decisivo en la salud del individuo.

En cada evaluación individual se determinará el impacto de las medidas de intervención anteriormente instauradas y se identificarán nuevas áreas y oportunidades de promoción, prevención y recuperación.

La evaluación individual ratificará o modificará la clasificación de los individuos evaluados en uno de los 4 grupos dispensariales establecidos:

Grupo I- Individuos supuestamente sanos.

Grupo II- Individuos con riesgos.

Grupo III- Individuos enfermos.

Grupo IV- Individuos con deficiencias y discapacidad.

### ***FRECUENCIA MÍNIMA DE EVALUACIÓN (FME)***

La FME es el número de evaluaciones que como mínimo debe recibir el individuo teniendo en cuenta el grupo dispensarial al que pertenece. El EBS puede decidir una frecuencia mayor si la situación de salud del paciente lo justifica, pudiendo llegar incluso al ingreso en el hogar, lo cual requiere de una evaluación diaria hasta el alta.

El EBS puede decidir, además, utilizar el seguimiento periódico del paciente.

**Seguimiento Periódico:** Vigilancia periódica de un aspecto concreto de la situación de salud del individuo (o de la familia o la comunidad). No requiere de la realización completa de la evaluación de la situación de salud. Se reflejará en la historia clínica solamente el comportamiento del aspecto o riesgo que se vigila, puede ser realizado por el EBS o por uno de sus miembros quienes determinan la periodicidad del seguimiento.

Esta nueva propuesta de FME que se establece esta dirigida a garantizar un mayor fondo de tiempo de los EBS para la promoción e intervención preventiva en:

- La familia.
- Individuos supuestamente sanos.
- Los individuos que poseen riesgos y enfermedades relacionados con las principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestro sistema de salud pública.
- El espacio escolar.
- El espacio laboral.

**PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.**

**GRUPO DISPENSARIAL**

**No DE EVALUACIONES**

**I- SANO**

- Menor de 3 meses  
Lactante de 3 a 6 meses  
( 2 consultas y un terreno cada mes )

1 evaluación semanal.  
3 evaluaciones mensuales

- Lactante de 6-12 meses  
- Pre-escolar de 1-4 años

2 evaluaciones mensuales.  
1 evaluación trimestral.

**II- CON RIESGO**

- Menor de 3 meses  
  
Lactante de 3- 6 meses  
  
- Lactante de 3-12 meses  
  
- Pre-escolar 1-4 años

1 evaluación semanal  
seguimiento periódico  
3 evaluaciones mensuales  
seguimiento periódico  
2 evaluaciones mensuales  
seguimiento periódico  
1 evaluación trimestral  
seguimiento periódico

**III- ENFERMO**

- Recién Nacido  
  
- Lactante menor de 3 meses  
  
- Lactante de 3-6 meses  
  
- Lactante de 7-12 meses  
  
- Pre-escolar de 1-4 años

Evaluación semanal  
seguimiento periódico diario  
Evaluación semanal  
seguimiento periódico  
3 evaluaciones mensuales  
seguimiento periódico  
2 evaluaciones mensuales  
seguimiento periódico  
1 evaluación trimestral  
seguimiento periódico

**IV- DEFICIENTE  
DISCAPACITADO**

- Recién Nacido  
  
- Menor de 3 meses  
  
- Lactante de 3-6 meses  
  
- Lactante de 7-12 meses  
  
- Pre-escolar de 1-4 años

1 evaluación semanal  
seguimiento diario.  
1 evaluación semanal  
seguimiento periódico  
3 evaluaciones al mes  
seguimiento periódico  
2 evaluaciones mensuales  
seguimiento periódico  
1 evaluación trimestral  
seguimiento periódico

## **PARA EL RESTO DE LA POBLACIÓN.**

El EBS planificará la evaluación observando un correcto equilibrio entre consulta y terreno.

<b>GRUPO DISPENSARIAL</b>	<b>No DE EVALUACIONES ANUALES</b>
<b>I- SANO</b>	2
<b>II- CON RIESGO</b>	
Con riesgos priorizados	3
Hábito de fumar, Hiperlipidemia, Obesidad, Sedentarismo , Suicidio, Accidente.	
Con otros riesgos	2
<b>III- ENFERMOS</b>	
<b>Con enfermedades priorizadas</b>	
Cardiopatía Isquémica, Enfermedad Cerebro Vascular, Hipertensión arterial, Cáncer, Asma Bronquial, Diabetes Mellitus, Alcoholismo, Demencia, Enfermedad de Parkinson, Insuficiencia Renal Crónica.	3
<b>Con otras enfermedades</b>	2
<b>IV- DEFICIENTES</b>	2
<b>DISCAPACITADOS</b>	3

- 1- Los recién nacidos supuestamente sanos deben ser captados antes de las 72 horas del alta hospitalaria y evaluados por el especialista de pediatría antes de los 7 días del alta.
- 2- Los recién nacidos patológicos deben ser captados en el mismo hospital por el EBS lo más rápidamente posible.
- 3- La frecuencia del seguimiento periódico ( excepto para el recién nacido que pertenezca a los grupos dispensariales 3 y 4 que tendrán un seguimiento diario) la determinará el EBS teniendo en cuenta la magnitud del problema de salud a vigilar.
- 4- El profesor del GBT realizará todas las evaluaciones concurrentes de la calidad de la atención médica a los menores de un año que considere necesarias.
- 5- Dos de las 3 evaluaciones mensuales del lactante entre 3 y 6 meses se realizarán en consulta.
- 6- La evaluación del lactante en el terreno debe incluir un exhaustivo Examen Físico y búsquedas de elementos de SRIS.
- 7- Las evaluaciones a realizar se programarán alternando consulta y terreno, en la programación o distribución se tendrá en cuenta la regularidad de las mismas durante el periodo ( mes, trimestre, año ).

## **LA EVALUACIÓN DE SALUD FAMILIAR**

La evaluación periódica de la Salud Familiar debe basarse siempre en:

1. Estructura y constitución de la familia
2. Funcionabilidad de la familia. Se tendrá en cuenta el cumplimiento de las funciones básicas, la percepción de funcionamiento familiar y las crisis familiares.
3. Condiciones de vida material de la familia.
4. Estado de salud de los integrantes de la familia.

La evaluación de salud familiar tiene su punto culminante en la entrevista familiar, la cual tiene por objetivo:

- Consolidar la información relacionada con los elementos que integran el estado de salud de la familia.
- Desarrollar el análisis de la situación de salud familiar.
- Desarrollar el momento de intervención familiar más importante.
- Desarrollar evaluaciones de la salud de los individuos en el seno del grupo familiar.

### **Clasificación de las Familias Evaluadas.**

Las familias evaluadas se clasificarán teniendo en cuenta:

- Estructura y composición de la familia.
- Funcionabilidad de la familia. .
- Condiciones de vida material de la familia.
- Situación de salud de los integrantes de la familia.

### **III\_ INTERVENCIÓN CONTINUA EN EL ESTADO DE SALUD DEL INDIVIDUO Y LA FAMILIA.**

Los principios de la intervención en la salud del individuo y la familia son los siguientes:

- La intervención tiene un enfoque integral.
- Es continua.
- Es multidisciplinaria e interdisciplinaria.
- Es coordinada y liderada por el EBS.
- Prioriza el espacio familiar para la intervención, pero también va dirigida al individuo, así como el espacio laboral, escolar y comunitario.
- Se desarrolla con participación comunitaria e intersectorial.
- Las Familias funcionales se evaluarán como mínimo una vez al año, las disfuncionales se evaluarán en dependencia de la magnitud del problema.

### **EVALUACIÓN**

Considerar dispensarizado a un individuo cuando está :

- Registrado en el CMF
- Evaluado integralmente y clasificado según el grupo dispensarial al que corresponda.
- Recibiendo la intervención continua que su estado de salud necesita.
- Actualizada la intervención periódica de su estado de salud según la frecuencia mínima de evaluación establecida.

Considerar dispensarizada a una familia cuando:

- Está registrada en el CMF.
- Cada individuo de la familia está dispensarizado.
- Ha sido evaluada y clasificada la familia.
- Recibe la familia la intervención que su situación de salud requiere.

Considerar como la población dispensarizada al porcentaje de individuos y familias dispensarizadas del total de la población.

La evaluación y mejora del proceso de dispensarización constituye el área principal de gestión del :

- Director del área de salud .
- Vicedirector de Higiene y Epidemiología.
- Jefe del GBT.
- Profesores del GBT.

El EBS realizará en cada análisis de la situación de salud de la comunidad una evaluación de la calidad del proceso de dispensarización que realiza.

Toda evaluación del proceso de dispensarización aplicado a un individuo o familia, debe ser reflejado en la respectiva historia clínica individual o familiar, especificando las indicaciones para la mejora del mismo.

## **INGRESO EN EL HOGAR**

***“.....Ingresar en el hogar bajo atención del médico y el enfermero de la familia aquellos pacientes en que las condiciones de su afección, de su evolución, de su familia, de su vivienda y de su comunidad así lo permitan, asegurando la presencia de otros especialistas y técnicos y la realización de pruebas diagnósticas en el mismo hogar de ser solicitadas por el médico de asistencia.....”***

***Programa de Atención Médica Integral a la familia.***

## **SITUACIÓN ACTUAL**

La mejora sostenida en la utilización y en la calidad del ingreso en el hogar ha impactado en el uso de la cama hospitalaria, alrededor de 500 000 ingresos en el hogar se producen cada año, lo que representa satisfacción para las familias cuyos miembros reciben este tipo de atención.

De igual forma se mejora la competencia, el desempeño y el reconocimiento del EBS por su comunidad. Este proceso ha favorecido en el país el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria y por Acceso mínimo así como el egreso precoz, produciendo un efecto económico positivo.

Se impone la necesidad de su perfeccionamiento y de su aplicación al máximo de potencialidades.

## **CONCEPTUALIZACIÓN**

Es la atención médica integral, domiciliaria y diaria que brinda el EBS a aquellos pacientes en los que las condiciones o evolución de su afección no requieren, necesariamente, de internamiento en el hospital, pero sí de encamamiento, aislamiento o reposo, y que se realiza siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- Situación o problema de salud que no ponga en peligro la vida del paciente.
- Voluntad del paciente y de la familia de aceptar el ingreso en el hogar.
- Condiciones socioeconómicas favorables en la familia para desarrollar el ingreso en el hogar.
- Condiciones higiénicas y ambientales favorables en la vivienda para realizar el ingreso en el hogar.
- Que el paciente no requiera de cuidados médicos o de enfermería continuos.
- Factibilidad de que se cumpla el tratamiento médico y de que se puedan realizar los exámenes paraclínicos necesarios.

## **PROPÓSITOS.**

Mejorar la calidad de la atención médica y elevar la satisfacción de la población con los servicios que se le brindan.

Elevar la satisfacción de la población con la atención que le brinda el EBS.

Fomentar la responsabilidad y la participación de la familia en el proceso de atención y recuperación de la salud de sus miembros.

Evitar el estrés y los riesgos a que se exponen el paciente y la familia con el ingreso hospitalario.

Facilitar el egreso precoz disminuyendo la estadía hospitalaria y por consiguiente los costos de la atención en el nivel secundario.

Elevar el nivel de competencia y desempeño de los médicos y enfermeras de la familia, así como de los profesores de GBT.

Participar activamente en el proceso de eficiencia económica del sistema.

## **ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN**

Promover la utilización del ingreso en el hogar, siempre que se cumplan los requisitos, como forma superior de organización de la atención médica recuperativa en la Atención Primaria.



Garantizar los recursos necesarios para la atención médica al paciente ingresado en el hogar por parte del policlínico, el municipio y el hospital.

Reflejar en la historia clínica la evaluación diaria de la situación de salud del paciente ingresado en el hogar, así como la conducta a seguir.

Garantizar y reflejar la participación multidisciplinaria en la historia clínica individual.

Garantizar que los menores de un año ingresados en el hogar sean interconsultados en las primeras 48 horas por el Pediatra o el Especialista definido para estos casos.

Fomentar el apoyo de la comunidad a la familia donde uno de sus miembros está ingresado en el hogar.

## CONTROL Y EVALUACIÓN

En ningún caso se evaluará al EBS por el número de ingresos en el hogar que realiza, sino por la calidad de la indicación y de la atención que le brinda a cada paciente.

La dirección del Área de Salud y el GBT evaluarán de forma concurrente y retrospectiva la calidad del ingreso en el hogar a través de:

Evaluación de la calidad científica técnica de la atención

Calidad de la indicación del ingreso en el hogar.

Satisfacción del paciente y la familia con la atención brindada.

Satisfacción del EBS.

- Análisis mensual de los ingresos hospitalarios.

Evaluación del proceso de dispensarización.

## ANEXO

### MODULOS DE MEDICAMENTOS PARA EL INGRESO EN EL HOGAR.

Deben ser ubicados en la (s) Farmacia (s) seleccionada (s).

Dipirona o Paracetamol tab.

Dipirona susp.

Dipirona amp.

Antinflamatorios ( Indometacina, o Ibuprofeno o Naproxeno) tab.

Dimenhidrinato y Metoclopramida tab. o amp.

Metoclopramida gotas

Prednisona 5mg. Tab.

Triancinolona o Clobetazol crema

Hidroclorotiazida tab.

Tetraciclina tab.

Clotrimoxazol tab.

Eritromicina tab.

Mebendazol tab.

Tiabendazol tab.

Metronidazol tab.

Piperazina frasco

Hierro Dextrana amp.

Kanamicina (50 y 100) amp.

Gentamicina (10 y 80) amp.

Penicilina Sódica bulbo

Penicilina Rapilenta bulbo

Observaciones: La cantidad de productos en existencia debe tener un máximo de 30 días de cobertura. La actualización debe ser cada 6 meses para evitar el déficit o el exceso de medicamentos.

## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

### SITUACIÓN ACTUAL:

Se logra su realización a todos los niveles del sistema, sin embargo, esta actividad no se realiza de manera uniforme en todo el país.

La etapa inicial de diagnóstico adolece de la profundidad requerida, pues no se aplica con profundo enfoque epidemiológico. No es tomado en cuenta con todas las potencialidades que tiene para trazar estrategias a diferentes niveles, que permitan planificar acciones que permitan la modificación de la situación de salud comunitaria.

No se involucra efectivamente a la comunidad en este análisis. La información estadística no siempre es pertinente en contenido ni en tiempo con los propósitos del ASS.

### CONCEPTUALIZACIÓN

Es el proceso continuo de identificación de problemas de salud, priorización y elaboración de un Plan de acción que permita mejorar la situación de salud comunitaria.

### PROPÓSITOS

- Consolidar la realización del ASS a todos los niveles del sistema y trabajar por lograr un nivel de uniformidad en su estructura que permita entender u observar la modificación de la situación de salud a cada nivel.
- Realizar acciones de concertación y negociación, involucrar a la comunidad en este análisis, para que participe realmente en la identificación y priorización de sus problemas de salud y en la elaboración de un Plan de acción que dé respuesta a las necesidades sentidas y reales de la comunidad.

### PRINCIPIOS

1. Participación activa de la comunidad desde el propio proceso de identificación de los problemas, como sujeto de las acciones que se desarrollen.
2. Lograr la participación de los diferentes sectores relacionados con el proceso de producción social de salud (intersectorial).
3. Liderazgo técnico del sector salud.
4. Negociación de las acciones y los recursos necesarios para la solución de los problemas.
5. Evaluación. La realización del ASS tendrá una frecuencia anual, pero la identificación de los problemas y las modificaciones del Plan de acción, serán sistemáticas.

### ACCIONES Y METODOLOGÍA

#### A nivel de consultorio:

##### Fase I:

Recolección de la información necesaria por parte del Equipo Básico de Salud (EBS), a partir de las siguientes fuentes: Departamento de estadísticas, Historias de Salud Familiar, Historias Clínicas individuales, otras (encuestas epidemiológicas, investigaciones, etc.)

Análisis de la información recopilada e identificación de los principales problemas de salud por parte del EBS.

##### Fase II:

Discusión de la Situación de Salud con participación comunitaria para lo cual se realizarán:

Exposición de los principales problemas de salud que han sido identificados por parte de cada uno de los actores sociales presentes en el análisis.

Establecimiento de prioridades.

Propuesta y aprobación del plan de acción.

**PARTICIPANTES:**

Equipo Básico de Salud

GBT

Representantes del consejo de dirección del Policlínico

Líderes de la comunidad y población que desee participar.

A nivel de Policlínico:

**Fase I:**

Recolección de la información necesaria por parte del Consejo de Dirección del Policlínico, a partir de las siguientes fuentes: Departamentos del Policlínico, información estadística, análisis de la situación de salud de los consultorios y GBT, otras (encuestas epidemiológicas, investigaciones, criterios de la población, etc.

Análisis de la información recopilada e identificación de los principales problemas de salud por parte del Consejo de Dirección del Policlínico.

Este Diagnóstico a nivel de Policlínico, nunca será la sumatoria de los ASS de los diferentes consultorios.

**Fase II:**

Discusión de la Situación de Salud con participación comunitaria para lo cual se realizarán:

Exposición de los principales problemas de salud que han sido identificados por el Consejo de Salud.

Establecimiento de prioridades de los problemas.

Propuesta, discusión y aprobación del plan de acción.

**PARTICIPANTES:**

Consejo local de salud.

A nivel de municipio:

**Fase I:**

Recolección de la información necesaria por parte del Consejo de Dirección Municipal, a partir de las siguientes fuentes: Departamento de estadística del municipio, análisis de la situación de salud de los Policlínicos y otras (encuestas epidemiológicas, investigaciones, criterios de la población, y otras técnicas rápidas de evaluación, etc.)

Análisis de la información recopilada e identificación de los principales problemas de salud por parte del Consejo de Dirección del Municipio.

Este Diagnóstico a nivel del municipio, nunca será la sumatoria de los ASS de los diferentes Policlínicos.

**Fase II:**

Discusión de la Situación de Salud con participación comunitaria para lo cual se realizarán:

Exposición de los principales problemas de salud que han sido identificados por el Consejo Municipal de Salud

Establecimiento de prioridades de los problemas.

Propuesta, discusión y aprobación del plan de acción.

**PARTICIPANTES:**

Consejo Municipal por la Salud

**CONTROL Y EVALUACIÓN**

Disponer del análisis de la situación de salud realizado con frecuencia anual y comenzar a archivarlos por años.

Selección de los temas a discutir en los Consejos Populares por la Salud a partir del ASS.

## PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

Los cambios producidos en el perfil epidemiológico de la población cubana hacen cada vez más necesario el fortalecimiento y consolidación de la participación social y comunitaria, pilares fundamentales para el mejoramiento continuo de la situación de salud de la población.

### SITUACIÓN ACTUAL

El perfeccionamiento de la Atención Primaria como estrategia fundamental ha permitido fortalecer la Participación Social y Comunitaria, aun no se ha logrado desarrollar una participación social y comunitaria real y efectiva que permita un análisis integral de los factores determinantes de la salud de la comunidad, una verdadera intersectorialidad, lo que evidencia la no sistematicidad de los consejos de salud a todos los niveles. Los sectores no han identificado su situación de salud como un producto social.

La población aún no se siente responsable con el cuidado de su salud.

En la mayoría de los territorios no han aprovechado la estrategia de municipios por la salud como integradora del proceso de participación social.

### CONCEPTUALIZACIÓN

Proceso social inherente a la salud y desarrollo, mediante el cual la comunidad, sectores, organizaciones, instituciones, en fin los actores sociales intervienen activamente en la identificación y acciones que se ejecutan para lograr el bienestar de la población.

### PROPÓSITOS

- Mejorar la calidad de vida de la población.
- Contribuir al desarrollo humano y local sostenible.
- Identificar y solucionar los problemas de forma integral con el concurso de los diferentes actores sociales.

### ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN

1. Realización de talleres y cursos dirigidos al personal de Atención Primaria de Salud (EBS, Profesores, dirigentes, funcionarios y demás actores sociales y comunitarios).
2. Convocar y ser convocados por sectores, organizaciones y comunidad y otros actores sociales en los que se aborden los problemas de la población.
3. Diseñar de forma conjunta estrategias, proyectos, planes de acción, entre otros que respondan a las necesidades de la población.
4. Fortalecer los mecanismos de participación dentro y fuera del sector salud, lo que permitirá una mejor gestión y toma de decisiones.
5. Fortalecer y consolidar la estrategia de municipios por la salud, como elemento facilitador del desarrollo local mediante el compromiso de las autoridades políticas y otros actores sociales.

### CONTROL Y EVALUACIÓN

Funcionamiento sistemático de los Consejos de Salud utilizando como herramienta fundamental el Análisis de la Situación de Salud.

Identificación y solución de problemas de forma integral.

Número de EBS, profesores, funcionarios, actores sociales capacitados.

## VIGILANCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

### SITUACIÓN ACTUAL

El Sistema de Vigilancia en la Atención Primaria de Salud (APS) no se encuentra desarrollado en toda su potencialidad. Alrededor del 90 % de los municipios tienen Unidades de Análisis y Tendencias en Salud (UATS) pero el proceso de recogida, análisis y diseminación de la información tanto en los municipios como en las áreas de salud, que debe favorecer la toma de decisiones a estos niveles, aún no satisface sus requerimientos de oportunidad e integralidad.

### CONCEPTUALIZACIÓN

La vigilancia en la APS no es más que la ejecución de las actividades y funciones de la vigilancia en salud en este nivel de atención, teniendo en cuenta las características de cada territorio y de manera tal que facilite el conocimiento de los problemas y la toma de decisiones, involucrando a las organizaciones extrasectoriales y a la comunidad.

### PROPÓSITO

- Mantener informados a los usuarios del Sistema de Vigilancia de la Situación de Salud local y brindar a los decisores del Sistema de Salud, en especial a los de este nivel, la información oportuna y útil para la toma de decisiones.

### ACCIONES PARA SU INSTRUMENTACIÓN

1. Trabajar en la consolidación de la organización de la vigilancia a nivel de la APS
2. Seleccionar al personal, según las características del municipio y la disponibilidad de Recursos Humanos para completar la plantilla de las UATS a esta instancia y constituir las en los territorios que no la tienen.
3. Fortalecer el funcionamiento de las UATS municipales teniendo en cuenta las necesidades y complejidades de cada territorio.
4. Perfeccionar y profundizar en la calidad del análisis en la elaboración de los cuadros de salud.
5. Fortalecer el uso, de existir en el municipio, del soporte computacional que facilitaría la oportunidad, procesamiento y diseminación de la información.
6. Participar en el proceso de evaluación de las estrategias y programas priorizados del MINSAP y otras.
7. Consolidar la diseminación de los resultados de la vigilancia.
8. Realizar en cada Área de Salud, diariamente, durante la entrega de guardia u otro momento, el análisis de los eventos de salud más importantes ocurridos.
9. Conformar el Grupo de análisis a nivel del área de salud para garantizar el proceso sistemático de monitoreo y evaluación de los principales problemas identificados, el cual estará dirigido por el Director, coordinado por el Vicedirector de Higiene y Epidemiología e integrado por los jefes de GBT, otros Vicedirectores, Estadísticas, Técnicos de Higiene y Epidemiología y control de Vectores, Enfermería, Trabajo Social, Responsable de Medicamento, Laboratorio Clínico, etc.
10. Diseminar y aplicar un análisis sistemático de los principales problemas con un enfoque racional, mediante el empleo de la estratificación epidemiológica como herramienta metodológica para identificar factores de riesgo y definir las intervenciones efectivas en cada problema relevante.
11. Impulsar la diseminación de los resultados de la vigilancia; principalmente entre los médicos y enfermeras de la familia del GBT.
12. Participar en el proceso de capacitación a los profesionales y técnicos del territorio, priorizando a los Directores, Vicedirectores de Higiene y Epidemiología de las Áreas de Salud y médicos y enfermeras de la familia.



# PROCESO DOCENTE EDUCATIVO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

## SITUACIÓN ACTUAL

Durante los últimos años el proceso Docente Educativo en la APS ha estado sometido a un continuo perfeccionamiento que ha permitido una evolución favorable; con un incremento de un 24,8 % de policlínicos acreditados, lo que hace que actualmente el 71 % de la totalidad de ellos estén acreditados para la formación de profesionales o postgraduados, de igual forma se ha incrementado la categorización del claustro, de un 34,3 % de profesores con categoría en el año 1998 en el 2000 asciende a un 51 %, destacándose que el mayor por ciento del incremento ha sido a partir de especialistas en MGI.

A pesar de no haber contado con condiciones óptimas, desde que se inició el plan se han formado más de 21 000 especialistas de MGI, con elevada calidad técnica, lo que ha sido demostrado en las importantes tareas cumplidas tanto en el ámbito nacional como internacional.

Independientemente de los logros obtenidos aún quedan insatisfacciones que influyen negativamente en un mejor desarrollo de la docencia, entre las que se destaca la no distribución equitativa de la categorización de los profesores, habiendo un predominio en los municipios cabeceras y la no existencia de un adecuado control de la calidad del proceso docente educativo, aspecto tan importante si tenemos en cuenta que el claustro es joven, numeroso y disperso.

## PROPÓSITOS

- Perfeccionar, reorganizar y elevar la calidad del proceso docente educativo para lograr egresados con un alto nivel de integralidad en su competencia y desempeño.
- Lograr las condiciones humanas y materiales que aseguren la calidad en el desarrollo del proceso docente educativo.
- Lograr un mejor desempeño en la función docente educativa del profesor así como en los mecanismos de control de la actividad.
- Elevar la capacidad gerencial del vicedirector docente del policlínico que permita una mejor evaluación y control del proceso docente educativo y la gestión del profesor.

## ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN

### **1. PROCESO DE ACREDITACIÓN DOCENTE DEL POLICLÍNICO**

La acreditación docente es la comprobación en los centros de salud, de las condiciones humanas y materiales necesarias, para la formación y superación de los recursos humanos del sistema, en los niveles de:

Formación de profesionales.

Formación académica de postgrado.

Superación profesional.

Formación de técnicos.

Educación continuada en los estudios técnicos.

Capacitación a trabajadores.

Cada uno de estos niveles, se aplicarán en dependencia del cumplimiento de los requisitos que reúnan los policlínicos, por lo que en todas las áreas pueden llevarse a cabo alguno de los niveles antes mencionados. La Acreditación Docente es un proceso secuencial y ordenado que incluye: la autoevaluación de cada institución, evaluación por la comisión provincial de acreditación y evaluación por las comisiones territoriales o nacionales. El máximo responsable de la misma en cada provincia serán los Rectores o Decanos. Las áreas de salud no acreditadas para un determinado nivel no podrán desarrollar las actividades docentes correspondientes al mismo.

La acreditación docente para la Formación de Profesionales y para la Formación Académica postgraduada se llevará a cabo siguiendo las normas establecidas por el Sistema Nacional de Acreditación Docente (RM 173/91, modificada por la VADI 1 del 1999) con un criterio eminentemente cualitativo.

## **2. REQUISITOS PARA LA ACREDITACIÓN DOCENTE DEL POLICLÍNICO**

La población a atender será la establecida para cada consultorio.

Contar con aula habilitada con asientos, pizarra y otros medios audiovisuales.

El Policlínico u Hospital Rural contará con biblioteca atendida por personal calificado y equipado con mobiliario y textos mínimos de la Especialidad de MGI, Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia, Higiene y Epidemiología y otras, así como revistas de MGI y de otras Especialidades desarrollando este departamento la labor de búsqueda y disseminación de información de acuerdo a las necesidades de sus profesionales, incluyendo el horario.

Contará con el número suficiente de consultorios fuera del policlínico, típicos o adaptados con condiciones de privacidad, equipamiento, iluminación etc, de manera tal que el número de educandos no sobrepase el de locales. Además, tener implementado el proceso de proyección comunitaria de las especialidades no básicas en espacios que permitan que las interconsultas se desarrollen correctamente.

Brindar servicios de:

1. Rx (exámenes simples, contrastados al menos de vías digestivas y tener al alcance del Policlínico servicio de ultrasonido diagnóstico).
2. Laboratorio clínico donde se garanticen las técnicas normadas para estas instituciones.
3. Electrocardiografía.
4. Fisioterapia.
5. Servicio de Medicina Tradicional y Natural.
6. Atención estomatológica en el policlínico o que este servicio esté al alcance de la población que se atiende.
7. Garantizar los exámenes microbiológicos, ya sea a través del hospital o a través del Centro de Higiene y Epidemiología.
8. Contar con un Vicedirector Docente y de Investigaciones, el J' del GBT y los profesores del mismo, los que deben tener categoría docente ó requisitos para obtenerla.
9. Por cada GBT existirá un técnico medio en estadística, una trabajadora social, un técnico de higiene y epidemiología y una supervisora de enfermería.
10. Para el funcionamiento de los servicios de MNT, rayos X, laboratorio clínico, fisioterapia y electrocardiografía, existirá el número suficiente de técnicos calificados que garantice la atención a los pacientes, además, visitará el policlínico una vez por semana un especialista en radiología para informar los estudios radiológicos e interconsultar casos y participar en las Clínicas Radiológicas.
11. El Policlínico tendrá organizadas y desarrolladas con la periodicidad establecida las reuniones Clínico Epidemiológicas.
12. Contar con el Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, el Programa de formación del residente y el programa docente de pregrado.
13. Los profesores contarán con su plan de trabajo individual que contemplen las actividades asistenciales, docentes, investigativas y administrativas establecidas para el mismo.
14. Se garantizarán como mínimo en el área de salud interconsultas de especialidades no básicas: Dermatología, Psiquiatría, Ortopedia, Cirugía, ORL, Oftalmología, Angiología, Geriatria, MNT, Cardiología, Fisiatria y Urología, entre otras.
15. El Policlínico tendrá definidas sus líneas de investigación y orientará los TTE de sus residentes de acuerdo a estas.



16. El Policlínico realizará anualmente eventos o jornadas científicas convocadas por la Sociedad Cubana de Medicina Familiar u otras instituciones científicas donde se discutirán las investigaciones concluidas.
17. Se efectuarán en el policlínico reuniones periódicas clínico radiológicas, discusiones de casos o discusiones de fallecidos, indistintamente según lo establecido en la planificación y discusión de los problemas de salud.
18. El Policlínico y los consultorios tendrán elaborados el Análisis de la Situación de Salud, según corresponde.
19. Cumplir el Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia.

## CONTROL Y EVALUACIÓN

Autoevaluación.

Evaluación de las áreas docentes por las comisiones provinciales y/o territoriales según corresponda.

Aprobación por la Comisión Nacional.

Aplicación del sistema de monitoreo y control de la calidad de la competencia y el desempeño profesional.

Reacreditación de las áreas docentes.

### ***CATEGORIZACIÓN DOCENTE DE LOS PROFESORES:***

Los especialistas del GBT tendrán categoría docente o los requisitos para la misma.

El J' del GBT será un médico especialista con categoría docente o con requisitos para esta.

La categoría docente es inherente a la unidad que la otorga.

### ***REQUISITOS PARA LA CATEGORIZACIÓN DOCENTE.***

Según lo establecido en el artículo 16 del Reglamento para la aplicación de las categorías docente de la Educación Superior (RM 25 de 1993 del MES) es necesario reunir los siguientes requisitos:

Poseer de título de graduado del nivel superior relacionado con la función científico pedagógica que le corresponda.

Tener un índice académico no menor de 4 puntos en sus estudios de pregrado, con buena evaluación integral de los resultados de su trabajo.

Realizar satisfactoriamente el ejercicio de oposición o ser asignado como recién graduado por el plan de distribución de la fuerza de trabajo calificada.

Para los graduados de Ciencias Médicas haber alcanzado el nivel de especialista de primer grado y haber obtenido no menos de 90 puntos en el Examen Estatal, en las especialidades en que estén establecidas.

### ***ASPECTOS FUNDAMENTALES QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA EN LA EVALUACIÓN DE LOS PROFESORES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.***

#### TRABAJO DOCENTE ASISTENCIAL

Organización y calidad del servicio que presta en el desarrollo de cada tipo de actividad docente asistencial.  
Relación médico paciente y con los familiares. Criterios de satisfacción de la población.

Resultados de su trabajo en el GBT, tanto con los residentes, especialistas, familiarización como con los estudiantes, en el desarrollo de los diferentes tipos de actividades de Educación en el trabajo, en las estancias y en las diferentes rotaciones de los residentes de la Atención Secundaria, ya sea en el consultorio como en el terreno, así como en la formación de las habilidades manuales o intelectuales que caracterizan las actividades profesionales que conllevan a la elevación de la calidad de la Atención médica.

Ejemplo personal, disciplina, exigencia, prestigio y consagración que como educador y trabajador tiene ante los pacientes y sus familiares, los residentes y los estudiantes.

Dedicación demostrada y resultados obtenidos en su trabajo educativo, así como en el cumplimiento de la ética médica con los residentes y estudiantes encaminados a lograr una formación profesional integral de los mismos. Resultados de su trabajo como jefe de GBT, Profesor guía y como profesional.

Participación en la vida del colectivo, calidad de las relaciones humanas, combatividad demostrada y reconocimiento de los señalamientos críticos que se les hagan.

## **TRABAJO METODOLÓGICO**

Calidad de la docencia desarrollada durante las actividades académicas, lo que se expresa en:

Grado de cumplimiento de los objetivos educativos e instructivos programados.

Nivel científico-técnico actualizado.

Los métodos y medios de enseñanza utilizados para la mayor motivación del proceso.

Utilización eficiente de la literatura docente y otras fuentes de información.

La orientación de la autopreparación

Los resultados obtenidos en lograr en los residentes y estudiantes la dedicación al estudio y la adquisición de los conocimientos.

Para valorar lo anteriormente expresado se tendrá en cuenta, entre otros elementos, los controles a clases por parte del Vicedirector Docente y de Investigaciones y la Facultad así como la opinión de los educandos.

Calidad, exigencia y justeza con que evalúa a los educandos en la adquisición de conocimientos, desarrollo de habilidades y resultados de su trabajo como médico de familia de acuerdo con lo establecido en el Sistema de Evaluación vigente.

Participación en cursos, talleres y entrenamientos de postgrado (cursos impartidos) y perfeccionamiento profesional y profesoral (cursos recibidos) a nivel de unidad, municipio, provincia y nación.

Participación en tribunales de Promoción, de examen estatal tanto de Especialistas como de la carrera de Medicina y para la comprobación del cumplimiento de los objetivos de las diferentes estancias de la Atención Primaria de Salud según se le asigne.

Resultados alcanzados por su participación en los diferentes tipos de trabajo metodológico docente: como profesor Principal de la asignatura o disciplina, responsable de atención a docentes asignados de Categoría inferior a la suya o a los alumnos ayudantes de la Especialidad.

Participación en las actividades metodológicas desarrolladas por la Facultad o Instituto.

Elaboración de literatura docente o publicaciones científicas tanto para revistas nacionales como internacionales.

## **TRABAJO CIENTÍFICO-TÉCNICO**

Resultados obtenidos como Tutor de Trabajos de Terminación de la Especialidad (TTE).

Aportes que realiza para contribuir al Desarrollo Científico de su especialidad o afines.

Participación en Eventos Científicos desde la base hasta diferentes niveles así como la calidad de trabajos presentados en dichos eventos.

Resultados de Investigaciones en Sistema y Servicios de Salud, así como Investigaciones Pedagógicas.

## **SUPERACIÓN**

Calidad y cantidad del cumplimiento de las actividades planificadas en su Plan de Desarrollo Individual para el período, acorde con las necesidades de superación como profesor.

Resultados del trabajo por la obtención de categoría docente superior, Segundo grado de la especialidad, maestría o Grados Científicos.

Dominio de los conocimientos alcanzados como resultado de su trabajo en la actividad laboral.

Resultados obtenidos en la superación autodidacta necesaria para su labor científico-pedagógica en correspondencia con su categoría docente y como se refleja esta en la docencia desarrollada.

Cumplimiento con la cantidad y relevancia de los créditos académicos según categoría docente o grado científico.

## **OTROS**

Pueden contemplarse en la evaluación otros aspectos relevantes tanto positivos como negativos, que de alguna manera influirán en la evaluación final del profesor acorde con su envergadura.

Dentro de los aspectos positivos pueden destacarse méritos laborales; como Trabajador destacado, Vanguardia a diferentes niveles, Condecoraciones y Estímulos, etc. y en las actividades docentes se contemplarán las actividades que se van del marco de los aspectos antes señalados y que constituyen un esfuerzo superior, tales como; Miembros de comisiones de Confección de Planes de Estudios y Programas, Comisiones de Acreditación docente en la APS, Comisiones de Examen Estatal, miembro de Consejo Científico a diferentes niveles, trabajos de Forum de Ciencia y Técnica, internacionalismo, etc.

## **METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN**

La evaluación profesoral se realizará al finalizar cada curso académico.

La propuesta de evaluación debe hacerla el Vicedirector Docente y el Director de la Unidad, escuchado el criterio del J' del GBT, previa solicitud de una autoevaluación al profesor.

La propuesta debe ser analizada y discutida con el profesor de forma individual, el cual refleja su conformidad con la firma del documento.

La propuesta debe ser analizada por los Dptos. de los CEMS, quienes ratifican o rectifican el resultado de la evaluación.

## **CONTROL Y EVALUACIÓN**

Para evaluar el trabajo docente asistencial se tendrá en cuenta los criterios del Jefe del GBT, resultados de los controles a las diferentes actividades de la educación en el trabajo, los resultados de evaluaciones externas o cruzadas, criterios de la población, así como las opiniones de los residentes y estudiantes y otros educandos.

Para el resto de los aspectos a evaluar se tendrán en cuenta la autoevaluación del profesor, los controles a clases y el control sistemático por parte del Vicedirector docente del trabajo científico-técnico y superación.

## **REQUISITOS PARA OBTENER LA CONDICIÓN DE TUTOR**

Un tutor es un profesional de la APS que participa en la formación integral de los estudiantes de las carreras de Ciencias Médicas, el que debe ser nombrado por Resolución Decanal a propuesta del Vicedirector a cargo de la Docencia e Investigaciones de los policlínicos y debe cumplir los siguientes requisitos:

Ser especialista de Medicina General Integral y excepcionalmente residente del tercer año.

Laborar en un consultorio que reúna los requisitos materiales, de recursos humanos y de calidad del trabajo para el desarrollo de esta función.

Cumplir con los requisitos establecidos para la categorización como profesor o estar categorizado.

Tener una evaluación profesional satisfactoria.

Incondicionalidad para cumplir las misiones que se le asignen como tutor.

Probadas cualidades ético-morales y políticas que lo acrediten como un verdadero educador y formador de valores.

### ***FUNCIONES DEL TUTOR***

Garantizar el desarrollo del perfil político ideológico de la especialidad en correspondencia con los principios de la Pedagogía Socialista.

Ofrecer al alumno una visión general del consultorio donde realiza su estancia o rotación, así como los aspectos fundamentales del programa.

Cumplir con la programación de las actividades académicas de la estancia y rotación, fundamentalmente las relacionadas con la Educación en el Trabajo.

Participar con los educandos en las actividades colectivas que se realicen (Discusión de problemas de salud, etc.)

Orientar y si es posible ofertar bibliografía para profundizar, ampliar o esclarecer temas en correspondencia con el contenido del programa.

Informar a los profesores de las estancias o rotaciones sobre el desarrollo de la actividad docente.

Realizar evaluaciones sistemáticas a los educandos junto con el profesor de la estancia o rotación.

Formar parte de los tribunales para la evaluación final de los estudiantes.

Integrar el claustro ampliado de profesores en la Facultad a que pertenecen.

Participar en la tutoría de trabajos a estudiantes para las Jornadas Científico Estudiantiles.

### ***REQUISITOS PARA OCUPAR EL CARGO DE VICEDIRECTOR A CARGO DE LA DOCENCIA Y LAS INVESTIGACIONES DE LOS POLICLÍNICOS.***

El Policlínico donde labora debe estar acreditado para la docencia de pregrado, postgrado o ambos.

Ser especialista de Medicina General Integral, Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría o Lic. en Psicología incorporados a la labor docente asistencial de los GBT.

Poseer Categoría Docente principal de Instructor como mínimo.

Tener práctica activa en el área de salud en la formación académica.

Haber mantenido una conducta acorde con los principios éticos-morales de nuestra sociedad, así como gozar de autoridad y prestigio entre los educandos y trabajadores de la unidad.

### ***FUNCIONES DEL VICEDIRECTOR DOCENTE Y DE INVESTIGACIONES DE LOS POLICLÍNICOS***

El Vicedirector docente y de investigaciones del policlínico es el responsable junto con el Director de la Unidad y el claustro, de la formación de los recursos humanos. Dentro de sus funciones se destacan 5 aspectos fundamentales:

Dirección, desarrollo y control del Proceso enseñanza-aprendizaje de las asignaturas, estancias y rotaciones que se desarrollan en la Atención Primaria de Salud en las carreras de Ciencias médicas.

Dirección, desarrollo y control del Proceso Docente-Educativo en la formación del especialista de Primer Grado de Medicina General Integral.

Planificación y control del proceso de Perfeccionamiento y Capacitación de profesionales, técnicos y trabajadores, de acuerdo con la Identificación de las Necesidades de Aprendizaje.

Control de la Actividad profesoral.

Dirección, desarrollo y control de la actividad Científica-Investigativa.

***DIRECCIÓN, DESARROLLO Y CONTROL DEL PROCESO ENSEÑANZA- APRENDIZAJE DE LAS ASIGNATURAS, ESTANCIAS Y ROTACIONES QUE SE DESARROLLAN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS CARRERAS DE CIENCIAS MÉDICAS.***

Planificar, organizar, dirigir y controlar el cumplimiento cualicuantitativo del Plan y Programa de estudio de las asignaturas, estancias y rotaciones en las carreras de ciencias médicas.

Proponer a los tutores que participarán en la enseñanza de pregrado en las asignaturas cuyo escenario es la APS, así como el control de dicha actividad.

Hacer cumplir lo establecido en la carta cuatripartita, sobre la atención y seguimiento a los estudiantes.

Garantizar la continuidad en el área de salud de las acciones contempladas en el Proyecto Educativo del año en cuestión.

***DIRECCIÓN, DESARROLLO Y CONTROL DEL PROCESO DOCENTE-EDUCATIVO EN LA FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL.***

Poner en vigor, cumplir y hacer cumplir lo establecido en el Reglamento de la residencia con énfasis en:

Desarrollar el programa previsto para el año de familiarización (Módulo 2).

Garantizar que todos los aspirantes a iniciar la residencia de MGI (familiarización) conozcan en tiempo el inicio de la matrícula, así como entregar al aspirante el aval reflejando la evaluación integral de dicha etapa.

Garantizar la información detallada y oportuna al residente, relativa a régimen de trabajo y estudio dentro del cual se desarrollarán sus actividades.

Garantizar la tutoría especializada necesaria para la realización del TTE, así como el banco para la selección del tema.

Consignar en el expediente académico los méritos y deméritos de que ha sido acreedor el residente.

Planificar, organizar, dirigir y controlar el cumplimiento cualicuantitativo del Plan y Programa de estudio del régimen de residencia.

Participar y controlar la planificación de la guardia médica de los residentes.

Control del cumplimiento cualicuantitativo de las evaluaciones sistemáticas, formativas. (Tarjetas de evaluación).

Asignar tutores para los Alumnos de Excepcional Rendimiento Académico durante los años de familiarización, responsables de la docencia, así como el control de la Evaluación final del mismo que los hace acreedores de continuar con la categoría.

***PLANIFICACIÓN Y CONTROL DEL PROCESO DE PERFECCIONAMIENTO Y CAPACITACIÓN DE PROFESIONALES Y TÉCNICOS, DE ACUERDO CON LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DE APRENDIZAJE.***

Identificar las principales deficiencias ya sea desde el punto de vista de las habilidades como de los conocimientos de los técnicos y trabajadores.

Planificar las actividades de Educación Permanente de los profesionales según la Identificación de la Necesidad de Aprendizaje (INA).

Coordinar cursos de capacitación tanto en el área de salud como en otras instituciones para superar deficiencias y elevar el nivel científico de los técnicos y trabajadores.

Controlar el trabajo de la capacitadora y de la bibliotecaria.

Dirigir y controlar el plan de desarrollo de los especialistas de Primer Grado para alcanzar la condición de Segundo Grado.

Control del proceso de Créditos Académicos.

Garantizar la divulgación de las posibilidades de superación a las que pueden acceder los especialistas y otros profesionales (Maestrías, Diplomados, etc.)

### **CONTROL DE LA ACTIVIDAD PROFESORAL**

Control de la calidad de la Educación en el trabajo tanto en consulta como en terreno, como actividad académica fundamental.

Exigir y controlar el cumplimiento del Programa de clases establecidos para los diferentes años de la residencia.

Designar a los profesores como tutores o asesores, tanto para la formación del residente como para la confección del TTE, así como controlar el cumplimiento de la atención que este requiere.

Conducir en coordinación con la Facultad de Ciencias Médicas el trabajo metodológico de los profesores

Proponer los tribunales que realizarán la evaluación de promoción, así como la organización y ejecución del proceso de estos exámenes.

Realizar las propuestas de los profesores para integrar los Tribunales Estatales tanto para los residentes de MGI como para los alumnos de 6to. año al culminar la carrera.

Realizar de conjunto con el Director del Policlínico y Jefe del GBT la evaluación integral de los profesores.

Actualización y control del Plan de Desarrollo Individual de los Profesores.

Realizar la propuesta de evaluación integral de los profesores con un aval de la Dirección de la Unidad relacionado con la labor profesional.

### **OTRAS FUNCIONES**

Participar en los Consejos de Dirección del Policlínico.

Participar en los Consejos Científicos.

Participar activamente en las reuniones metodológicas de los Centros de Educación Médica Superior (CEMS) y garantizar la participación del resto de los profesores del Policlínico.

Participar en la confección del Análisis de la Situación de Salud del área, así como en la confección del Banco de Problemas del Policlínico.

Brindar información con la calidad requerida a las instancias superiores relacionadas con el proceso docente según corresponda.

Garantizar junto con el Director del Policlínico, el cumplimiento de los requisitos y el perfeccionamiento de las condiciones que permiten mantener la acreditación docente de este.

## **DOCUMENTOS QUE DEBEN MANTENERSE EN LA VICEDIRECCIÓN DOCENTE Y DE INVESTIGACIONES DEL POLICLÍNICO.**

Listado nominal de los residentes de cada curso académico con los datos personales, así como los de Familiarización y especialistas de MGI.

Listado nominal de los profesores, datos personales y categoría docente principal.

Programa para Formación del Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral,

Programas de estudios de las Asignaturas que se desarrollan en la APS.

Planificación docente por cada año académico de la residencia, estancias y rotaciones de la docencia de pregrado y las rotaciones de los residentes de las especialidades básicas según corresponda.

Plan de Desarrollo Individual de los Profesores, así como las evaluaciones correspondientes.

Actas de las reuniones del Vicedirector docente y de investigaciones del área con su colectivo de profesores.

Banco de temas para la selección del TTE por parte de los residentes con los correspondientes profesores responsables en base a los problemas identificados.

Tarjetas de Evaluaciones actualizadas del actual curso académico.

Protocolos de las Investigaciones aprobadas.

Plan Docente-Metodológico.

Libro de control de créditos académicos.

Plan de Superación y Capacitación del Policlínico.

## **PERFECCIONAMIENTO DE LOS GRUPOS BÁSICOS DE TRABAJO (GBT)**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

El completamiento de los profesores de los GBT se ha elevado en todo el país, ha aumentado el número de categorizados para la docencia, fundamentalmente entre los especialistas de Medicina General Integral. No obstante, aún contamos con 212 GBT incompletos, y persisten deficiencias en el funcionamiento del mismo relacionados con el cumplimiento del plan de trabajo del profesor y con la calidad de su gestión.

### **CONCEPTUALIZACIÓN DE GBT**

Es el equipo de trabajo multidisciplinario integrado por: un grupo de EBS (entre 15 y 20), por especialistas en Medicina Interna, Ginecobstetricia, Pediatría, y un Licenciado en Psicología y de MGI, todos en función de interconsultantes y/o de profesores; por una enfermera supervisora, un técnico de Estadística, un técnico en Higiene y Epidemiología y un técnico en Trabajo Social. El grupo cumple funciones asistenciales, docentes y gerenciales dirigidas a incrementar la calidad de la atención a la salud de la población.

### **PROPÓSITOS**

- El perfeccionamiento de los GBT tiene como propósito mejorar la:
- Organización, ejecución y evaluación de la atención médica integral dispensarizada que se brinda a la población.
- Organización, ejecución y evaluación del proceso docente educativo de formación, especialización y capacitación profesional y técnica.
- Satisfacción de la población.

### **ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN.**

1. Subordinar al jefe del GBT directamente al Director del Policlínico.
  2. Desarrollar un proceso de capacitación en Atención Primaria y Medicina Familiar para los profesores de GBT, que los capacite y certifique para el desempeño de su función.
  3. Perfeccionar la organización y utilización del Plan de Trabajo del Profesor.
- Concertando la propuesta del plan de trabajo con el jefe del GBT y recibiendo la aprobación del Vice Director Docente.
  - Garantizando que el mayor fondo de tiempo este dedicado al CMF.
  - Programando la visita al CMF con una periodicidad quincenal como mínimo.
  - Evaluando el cumplimiento del plan de trabajo y la utilización del fondo de tiempo del profesor como parte de la evaluación del mismo.
4. Implementar el nuevo modelo de registro de actividades del profesor del GBT (ver Hoja de Cargo del Profesor).
  5. Aplicar el concepto de área principal de gestión como fundamento para la utilización del fondo de tiempo de los integrantes del GBT (ver Manual de Organización y Gestión).
  6. Organizar y desarrollar el trabajo del profesor interconsultante del GBT bajo el concepto de Gestión del Profesor, que integra fundamentalmente las siguientes acciones:
    - Desarrollo del proceso docente educativo que le corresponde.
    - Interconsulta.
    - Evaluación concurrente y retrospectiva de la calidad de la atención médica integral dispensarizada.
    - Evaluación individual de salud.
    - Considerando que toda actividad de evaluación o interconsulta representa un importante momento del proceso docente educativo.
  7. Implementar la nueva guía de evaluación del profesor del GBT (ver Proceso Docente en APS)



8. Garantizar el completamiento de profesores teniendo en cuenta áreas prioritizadas e idoneidad de los mismos.
9. Perfeccionar la reunión del GBT con las indicaciones que aparecen en el Manual de Organización y Gestión del Área de Salud.

## EVALUACIÓN

El perfeccionamiento de los Grupos Básicos de Trabajo constituye el Área principal de Gestión del Director del Policlínico, lo cual debe constituir un aspecto importante en su evaluación.

Priorizar la mejora de los procesos de Dispensarización, de Análisis de Situación de Salud y Docente Educativo en la aplicación de la guía de evaluación del director.

Cada uno de los 9 aspectos a implementar serán analizados en las reuniones de los GBT.

## HOJA DE CARGO DEL PROFESOR

### SITUACIÓN ACTUAL.

La gestión del profesor del GBT no se recoge correctamente, ya que no existe un modelo oficial que permita reflejar cada una de las actividades que desarrolla diariamente, además no se especifican las actividades de evaluación concurrente y retrospectiva que se realizan.

### CONCEPTUALIZACIÓN.

La hoja de cargo del profesor es el modelo de registro de las actividades diarias que desarrolla el profesor del GBT en el cumplimiento de su gestión.

### PROPÓSITOS

- Constar con un modelo oficial que permita reflejar todas las actividades que se desarrollan como parte de la gestión del profesor.
- Mejorar la capacidad de evaluación de la gestión del profesor.
- Mejorar el proceso de evaluación del trabajo del EBS.

### ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN.

1. Hasta tanto se cuente con el modelo oficial se recogerán las actividades diarias del profesor en una hoja donde se registre la información que se solicita.
2. Debe ser confeccionado diariamente.
3. En cada evaluación, interconsulta o visita hospitalaria debe reflejarse el nombre, edad, sexo, número de historia clínica del paciente o de la familia y el diagnóstico.
4. Debe referirse si la actividad es en consulta o terreno.
5. Debe registrarse el tipo de actividad:
  - Evaluación concurrente o evaluación retrospectiva de la calidad de la atención médica al individuo y la familia.
  - Interconsulta.
  - Evaluación individual de salud.
  - Evaluación del ASS.
  - Reunión GBT.
  - Reunión departamental.
  - Reunión metodológica.
  - Visita hospitalaria.
  - Actividad Docente en el policlínico.
  - Otras.
6. El resultado de las actividades registradas como evaluación o interconsulta debe quedar reflejado en la historia clínica individual o familiar según corresponda.

## EVALUACIÓN

La evaluación retrospectiva de la gestión del profesor debe realizarse a partir de la información registrada en la hoja de cargo.

El jefe del GBT, el subdirector docente y el director del policlínico serán los responsables de evaluar sistemáticamente la utilización de la hoja de cargo por parte del profesor.

# INVESTIGACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

## SITUACIÓN ACTUAL

Los logros en salud obtenidos en la Atención Primaria han sido posibles por la sólida base científica que ha tenido el Programa del Médico y la Enfermera de Familia y demás programas. Esta aplicación de conocimientos científicos y la asimilación de tecnologías tangibles y no tangibles se ha asociado a la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud y a la participación en el Movimiento del Fórum de Ciencia y Técnica. No obstante la generación de nuevos conocimientos y de nuevas tecnologías para la salud, así como la innovación y la evaluación de impacto, han estado por debajo del potencial existente y de las necesidades del SNS.

Existe un pobre desarrollo del Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica (SCIT) en la Atención primaria, expresado en la falta de cultura de proyectos de calidad que den respuesta a los principales problemas, en la pobre capacitación de los recursos humanos para la investigación, y en la limitación de recursos para la información científico-técnica, así como a insuficiencias en el trabajo del Fórum de Ciencia y Técnica, incluidos los bancos de problemas, la concertación de compromisos y los planes de generalización.

## CONCEPTUALIZACIÓN

La búsqueda de las causas y la solución a los problemas identificados y priorizados en las instituciones y territorios, mediante el desarrollo de proyectos de investigación y la aplicación de sus resultados.

## PROPÓSITOS

- Desarrollo de la cultura de proyectos de investigación en el personal de la APS con participación intra y extrasectorial
- Diseño y aprobación de la Proyección Estratégica en Ciencia e Innovación Tecnológica Municipal hasta el 2005
- Desarrollo de las investigaciones en general, y de las investigaciones en sistemas y servicios de salud en particular
- Lograr la aplicación de resultados y la evaluación de su impacto
- Instrumentar y fortalecer la participación masiva en las actividades del Fórum de Ciencia y Técnica.

## ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN

1. Crear o fortalecer los Consejos Científicos Municipales y los Consejos Científicos a nivel de Policlínicos
2. Designar al Vicedirector de Docencia e Investigaciones en cada Municipio y en toda Unidad donde exista Vicedirector Docente y al Responsable de Docencia e Investigaciones en toda Unidad donde exista alguien responsabilizado con la actividad docente.
3. Diseñar colectivamente por todas las Áreas y Policlínicos la Proyección Estratégica en Ciencia e Innovación Tecnológica Municipal hasta el 2005 a partir del documento homónimo aprobado en cada Provincia y del análisis de situación municipal y sus problemas particulares. En la Proyección Estratégica se identificarán las necesidades de Investigación-Desarrollo, de Innovación Tecnológica y de Capacitación.
4. Capacitar en Cultura de Proyectos de Investigación y en los conceptos y la terminología propia del Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica en Salud a todos los profesionales del territorio
5. Diseñar los proyectos de investigación y de innovación que respondan a los problemas previamente identificados con aprobación del cliente.
6. Fortalecer la información científico-técnica tanto para insumo del investigador como para su publicación impresa o electrónica de los resultados de la investigación y su presentación en eventos
7. Identificar el potencial científico del territorio a partir de profesionales, haciendo un levantamiento que incluya: Médicos o Estomatólogos Especialistas, Licenciados en Enfermería, Psicólogos y demás Profesionales no Médicos, tomando en cuenta como un elemento de prioridad a los vinculados al Movimiento de Excepcional Rendimiento, Diplomados en Farmacoepidemiología, otros Diplomados y Master. De ese potencial, seleccionar aquellos que deben incluirse en la cantera y plan de grados científicos.

8. Crear las Comisiones de Fórum de base en cada unidad y elaborar los bancos de problemas
9. Celebrar Eventos de base para el XIV Fórum
10. Garantizar la masividad en el Movimiento del Fórum de los profesionales de la salud, profesionales no médicos, técnicos formados o no por el SNS, obreros, trabajadores de servicios, administrativos y dirigentes
11. Elaborar el Plan de Generalización que incluya los principales resultados del XIII Fórum en cada Unidad y lo mejor de eventos anteriores de la propia investigación, y de las BTJ y ANIR

## CONTROL Y EVALUACIÓN

Incluir en las Inspecciones integrales del Organismo, supervisiones y controles organizativos de todo tipo, así como en las evaluaciones de los informes rendidos orales o escritos por los territorios, el control:

- del fortalecimiento de los Consejos Científicos Municipales y a nivel de Policlínico.
- de las estructuras que atienden investigaciones a nivel municipal y de unidad.
- de la ejecución, actualización (mediante el análisis de situación municipal y sus problemas particulares), y cumplimiento de los objetivos y acciones de la Proyección Estratégica Municipal en Ciencia e Innovación Tecnológica a este nivel y en sus unidades.
- de la identificación de las necesidades de Investigación-Desarrollo, de Innovación Tecnológica y de Capacitación de los municipios y unidades contenidas en la Proyección Estratégica municipal.
- de la capacitación en cultura de proyectos de investigación y en los conceptos y terminología propia del SCIT en Salud a todos los profesionales de los municipios y unidades.
- del fortalecimiento de la información científico técnica para insumo del investigador y de sus publicaciones impresas y electrónicas, y presentaciones en eventos (siempre aprobadas por el Consejo Científico correspondiente).
- del control de las salidas de las investigaciones y de su impacto.
- 4 del levantamiento, identificación, selección y desarrollo del potencial científico del territorio, privilegiando a los egresados del Movimiento de Excepcional Rendimiento y Reserva Científica.
- 4 de la creación y funcionamiento de la Comisión de Fórum en cada Unidad y Municipio.
- 4 del cumplimiento de las tareas del Fórum sistemáticamente en los Consejos de Dirección de cada Policlínico y Municipio, invitando a participar en los mismos al Presidente o un representante de la Comisión Municipal del Fórum.
- de la elaboración correcta del Banco de problemas y la concertación de compromisos por parte de los trabajadores.
- de la realización del evento de base en la fecha orientada por el Movimiento del Fórum con las propuestas de un número de ponencias en correspondencia con los compromisos establecidos por los trabajadores.
- de la evaluación de los resultados alcanzados en las diferentes fases del proceso del Fórum en cada Unidad de la APS.
- de la razón entre el número de médicos, estomatólogos, residentes, enfermeros y técnicos, formados o no por el SNS, incorporados al Movimiento y el número total de dichos profesionales y técnicos en cada Unidad.
- de la razón entre el número de profesionales no médicos y demás trabajadores, incorporados al Movimiento y su número total en cada Unidad.
- de la elaboración y el cumplimiento del Plan de Generalización a nivel. De Unidad y municipio con las soluciones aplicables, el cronograma de ejecución y el presupuesto adecuadamente planificado.

## **ENSAYOS CLÍNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.**

### SITUACIÓN ACTUAL

El desarrollo de los ensayos clínicos multicéntricos en el nivel primario de atención, contribuye a elevar la calidad científica de los recursos humanos y de los servicios de atención médica que se brindan. Incorporará metodología de ensayos clínicos aplicable a todos los campos terapéuticos y diagnósticos.

### Conceptualización

La contribución de la APS a Programas Científicos priorizados a través de la evaluación clínica de productos médico farmacéuticos o de problemas de salud que requieren evaluación de tecnología terapéutica, diagnóstica o preventiva.

### PROPÓSITOS

Lograr una mayor participación de los servicios de Atención Primaria en la Evaluación clínica de los productos médico farmacéuticos y biotecnológicos así como de soluciones a problemas de salud.

### ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN

1. Diseñar Ensayos Clínicos más pragmáticos con criterios amplios de selección, métodos sencillos de diagnósticos, tratamiento y evaluación.
2. Cambiar la concentración de pacientes en ensayos clínicos del nivel hospitalario hacia el nivel primario.
3. Capacitar al personal de APS en la metodología de los ensayos clínicos y los estándares de buenas prácticas clínicas (de forma presencial descentralizada o virtual)
4. Participar activamente en este nivel de atención en plan de ensayo clínicos multicéntricos, en especial en los que tengan predominio de actividades ambulatoria, de forma interactiva con la red de Ensayos Clínicos y la red hospitalaria.

### CONTROL Y EVALUACIÓN

- Ø Proporción de estudios con diseños pragmáticos, en plan de Ensayos Clínicos.
- Ø Recursos Humanos capacitados
- Ø Participación del nivel primario en los Ensayos clínicos.

## **MAESTRÍAS, DIPLOMADOS Y SEGUNDA ESPECIALIDAD**

### SITUACIÓN ACTUAL

Existe un gran número de especialistas de MGI que han transitado hacia una segunda especialidad en la Atención Secundaria de Salud, con una mayor preparación científica e integral.

Si bien es cierto que la Atención Primaria de Salud cuenta con un número importante de especialistas con diplomados y master que no satisfacen las necesidades aún de capacitación de nuestros recursos, también es cierto que no ha existido una organización en la selección y posterior desempeño de los recursos humanos capacitados.

### OBJETIVOS

Organizar y desarrollar los procesos de selección de recursos humanos para la especialización.

Elevar la calidad de la competencia y desempeño de los Especialistas de MGI para lograr un incremento en la calidad de los servicios prestados.

## **1. DIPLOMADOS Y MAESTRÍAS**

Será la Dirección Provincial la que otorgue los cursos de Especialización teniendo en cuenta la distribución geográfica de los capacitados en cuestión, buscando un equilibrio homogéneo de capacitados en toda la provincia. Igualmente las Direcciones Municipales deben organizar la distribución de estos cursos para lograr una mejor cobertura de capacitados en las áreas de salud. Teniendo en cuenta que el objetivo de estos cursos de especialización es el perfeccionamiento de los recursos humanos, el Director del Área de Salud conjuntamente con el Vicedirector de Asistencia Médica, el Vicedirector Docente y el GBT correspondiente tendrán en cuenta los siguientes requisitos para el otorgamiento de los Diplomados o Maestrías según sea el caso:

- Motivación del Especialista.
- Evaluación del Especialista que incluye el cumplimiento de su labor como médico de la especialidad, conducta moral, antecedentes científicos y docentes, etc.
- El Otorgamiento dependerá además de la cobertura del territorio, siendo necesario para su liberación, la garantía del reemplazo asistencial para no afectar los servicios brindados. Esto dependerá de las posibilidades gerenciales del Director del Policlínico para administrar los recursos humanos
- Debe ser liberado por el Director Municipal para obtener la plaza en el Diplomado o Maestría.

## **2. CONCURSO PARA OPTAR POR UNA SEGUNDA ESPECIALIDAD**

- Todo Especialista de MGI puede optar en concurso por una Segunda Especialidad a partir del momento en que se gradúa como Especialista.
- No obstante deberán cumplirse los siguientes requisitos.
- La Autorización para concursar será dada por el Director del Policlínico.
- Su liberación dependerá de su reemplazo asistencial.
- Debe poseer una evaluación de su GBT y de su Vicedirector Docente que avale su competencia y desempeño como médico de familia durante su período de residencia y de especialista.
- La liberación para optar por otra especialidad no debe exceder de un concurso.

## **CARTA CUATRIpartita**

**ORIENTACIONES DEL MINSAP, UJC, FEU, FEEM PARA AMPLIAR LA INCORPORACIÓN DE LOS ESTUDIANTES A TAREAS PRIORIZADAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD.**

El acceso real e igualitario a la atención de la salud es uno de los logros políticos y humanistas más importantes de la Revolución y una de las conquistas más preciadas de nuestro pueblo.

La difícil situación económica del país ha afectado sensiblemente la disponibilidad de un grupo importante de medicamentos, así como de material gastable e insumos en general, por lo que ha obligado a tensar progresivamente todas las fuerzas del Sistema Nacional de Salud para mantener y continuar mejorando la calidad de la atención médica y los indicadores de salud alcanzados. La población ha estado al tanto de estas dificultades y con ejemplar comprensión ha apoyado estos esfuerzos; sin embargo, una buena parte de sus quejas e insatisfacciones con la calidad de los servicios recibidos, aunque influidos por esta problemática general, son muchas veces provocados por cuestiones de carácter subjetivos, por lo que a los revolucionarios en este sector nos corresponde redoblar el trabajo para erradicar todas las causas de esas insatisfacciones.

El trabajo en cualquier unidad de la salud pública requiere, hoy más que nunca, de la acción conjunta y coordinada de todas las organizaciones que allí existen para incidir en los principales problemas que afectan la calidad del servicio y la satisfacción de la población. Para conseguir materializar este objetivo de manera cotidiana es preciso comprender que cualquier manifestación de maltrato, el incumplimiento de cualquier responsabilidad profesional comenzando por la correcta confección de una historia clínica, la falta de limpieza y las afectaciones del confort de los enfermos, son reacciones que justifican la resuelta acción de un estudiante o trabajador del sector para corregirlo y evitar su reiteración. Las experiencias obtenidas en varios hospitales

del país al asumir la FEU y la FEEM responsabilidades directas en la solución de estos problemas demuestran la extraordinaria fuerza de estos conceptos y en particular, la capacidad y decisión de esas organizaciones estudiantiles al lograr modificar los problemas que allí existían. Las salas CIRU-FEU del Hospital Clínico Quirúrgico de Sancti Spíritus así lo demuestran.

En lo anterior jugó un papel importante las orientaciones del Ministerio de Salud Pública de diciembre de 1993 apoyadas por la UJC y la FEU de Ciencias Médicas.

Consideramos, no obstante, necesario y oportuno continuar estimulando el movimiento que se desarrolla entre los estudiantes, y convocarlos a seguir ampliando y profundizando su participación en el perfeccionamiento constante de la prestación de los servicios de salud.

Para desarrollar en la práctica esta voluntad política común, orientábamos:

En cada unidad docente-asistencial, la Dirección de la FEU, de la FEEM y la UJC coordinarán con la dirección administrativa de la misma, con la del Decanato y con la del politécnico, según corresponda, a fin de organizar la información sistemática por parte del director del centro de los principales problemas que se confrontan. Esta información puede programarse a nivel de servicios, si se tratara de un hospital. En estas reuniones participarán los jefes de brigadas de la FEU, la FEEM y los secretarios de los comités de base de la UJC debiendo caracterizarse por su espíritu crítico y por la búsqueda de soluciones a las dificultades existentes. A estos análisis se invitará a la dirección del Sindicato y a la del Partido del centro o las de los núcleos del Partido y secciones sindicales, si se realiza a nivel de servicios.

El Director del hospital o del policlínico, no debe delegar en subdirectores la participación a estas reuniones, su presencia personal es imprescindible.

Los aspectos centrales del análisis recaerán entre otros en la calidad del servicio y su perfeccionamiento, el nivel de satisfacción de la población, la ética médica, el mal trato general a pacientes y familiares, la lucha por mantener una higiene óptima con los recursos con que se cuenta, el apoyo a las actividades de enfermería. Así como la lucha por crear una cultura de comportamiento adecuado entre trabajadores, pacientes y familiares en las instituciones de salud.

El Director Provincial del Sectorial de Salud coordinará con el Decano de la facultad de Ciencias Médicas, con el Director del Politécnico, y con la dirección de la FEU, la FEEM y de la UJC de ese nivel el apoyo a las necesidades más prioritarias en ese territorio, así como el chequeo conjunto y periódico del cumplimiento de estas orientaciones. A esta reunión invitarán al Sindicato Provincial y al Partido del territorio. El objetivo central será incrementar al máximo la integración docente-asistencial-investigación en el territorio.

En el período vacacional, de acuerdo a las prioridades que establezcan los Estados Mayores Provinciales de las Brigadas Estudiantiles del Trabajo, las unidades asistenciales del MINSAP serán receptoras de movilizados: también podrán prever otras tareas de carácter higiénico-epidemiológico que sean necesarias acometer en el territorio por su relevancia incidencia en el cuadro de salud de la población. Cuando las tareas sean de apoyo a las tareas agrícolas o en otros centros de trabajo, la dirección del hospital y los diferentes factores discutirán la participación de dirigentes y profesores por el período que se considere adecuado, así como el apoyo que prestarán a los campamentos.

Se estimulará las experiencias de Sancti Spíritus, y otras provincias en la atención integral, tanto en enfermería como en la higiene y la limpieza y otras actividades de los estudiantes en salas hospitalarias.





## **ESTABLECIMIENTO DE LA ESCALERA CERTIFICATIVA ACADÉMICA POSTGRADUAL EN MEDICINA FAMILIAR Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.**

### **INTRODUCCIÓN.**

El perfeccionamiento de la formación y desarrollo integral de los recursos humanos constituye hoy el principal desafío al que ha de enfrentarse el esfuerzo que realiza el MINSAP en el cumplimiento de la estrategia de perfeccionamiento de la Atención Primaria de Salud (APS) y la Medicina Familiar (MF).

La reciente constitución de la Escuela Nacional de la Salud Pública (ENSAP), y como parte de la misma, de la Cátedra Nacional de Medicina Familiar y APS como la estructura académica multidisciplinaria, interdisciplinaria y funcional que tiene como misión la de promover y asegurar la direccionalidad científica y tecnológica en la formación y capacitación integral de los recursos humanos que se desempeñan en el primer nivel de atención, se convierte en una importante fortaleza para enfrentar el reto anteriormente expuesto.

Integrada por dirigentes, profesores, investigadores y otros profesionales directamente vinculados a la actividad asistencial se encuentran representados en la misma sanitaristas cubanos de reconocido prestigio y muy vinculados al desarrollo del programa cubano de APS, gestores y fundadores del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, miembros del Grupo Nacional de Medicina General Integral y de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar.

Para dar salida a su misión, la Cátedra tiene, entre otras funciones, la de establecer la Escalera Certificativa Académica Posgradual para los recursos humanos que se desempeñan en la APS, a través del desarrollo de cursos básicos, diplomados, especializaciones (tipo MES), maestrías y doctorados, a partir de una estrategia que prioriza el diseño por competencias en programas semipresenciales, a distancia y telemáticos con descentralización y desconcentración de los procesos educacionales hacia aquellos territorios que cumplan los requisitos de la acreditación docente postgraduada y se constituyan en filiales de la ENSAP y de la Cátedra. En este proceso jugarán un papel decisivo los Policlínicos Docentes que se acrediten como Centros Escuelas de Salud Pública.

El establecimiento de esta estrategia permitirá el acceso de un número cada vez mayor de recursos humanos a la formación y capacitación posgradual certificativa.

Los eventos docentes que como parte de la Escalera Certificativa Académica Posgradual está organizando y promoviendo la Cátedra Nacional, para que se inicien en el presente año, son los siguientes:

### ***CURSO BÁSICOS***

1. Atención Primaria y Medicina Familiar.
2. Introducción a la Gerencia de calidad en MF y APS.
3. Epidemiología en APS.
4. Análisis de la Situación de Salud.
5. Investigación en APS y MF.
6. Promoción de Salud.
7. Enseñar a Enseñar en MF.
8. Gestión Intersectorial en salud.

### ***DIPLOMADOS***

1. Salud Familiar.
2. Salud Pública.
3. Intervención en MF y APS.
4. Salud Familiar y Comunitaria.
5. Gerencia de Calidad en APS y Medicina Familiar.

## **MAESTRÍAS**

1. Atención Primaria de Salud.

Otro grupo de eventos, promovidos por la ENSAP (por otras Cátedras o como resultado del trabajo y colaboración entre las Cátedras), formará parte de las propuestas de capacitación certificativa a que accederán nuestros recursos humanos en el actual año. Entre ellos maestrías de:

2. Salud Pública.
3. Promoción de Salud.
4. Psicología de la Salud.
5. Economía de la Salud.

A su vez la Cátedra Nacional de Gestión en Enfermería desarrollará los siguientes cursos y diplomados para el personal de enfermería en la APS:

## **CURSOS BÁSICOS**

1. Proceso de Atención de Enfermería.
2. Gerencia en Enfermería.
3. Comunicación e Intervención en Salud.
4. Calidad e Intervención en Enfermería.
5. Métodos de Investigación para Enfermería.

## **DIPLOMADOS**

1. Enfermería en Atención Primaria de salud.
2. Calidad en Enfermería.
3. Enfermería Materno Infantil.

## **INFORMACIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. DESARROLLO DE LOS CENTROS MUNICIPALES DE INFORMACIÓN.**

### **SITUACIÓN ACTUAL:**

El acceso a la Información Científico Técnica (ICT) constituye una necesidad para los Profesionales y Técnicos de la Atención Primaria de Salud, con vista a su permanente actualización.

Las Bibliotecas de la mayoría de los Policlínicos no tienen las condiciones estructurales, mobiliario, fondos bibliográficos y microcomputadoras que den respuesta a las necesidades informativas de los profesionales, técnicos y estudiantes en el primer nivel de atención.

El actual desarrollo del Sistema Nacional de Información de Ciencias Médicas, la Red Telemática de Salud (INFOMED), así como la ejecución del Proyecto de la Biblioteca Virtual de Salud nos sitúa en un momento favorable para el acceso a la información lo que permite el cambio en el nivel de actualización de los recursos humanos de salud del país, por lo que se requiere un esfuerzo en facilitar las posibilidades de comunicación a los mismos. El Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (CNICM), para dar respuesta a esta proyección se propone fortalecer la estructura con la creación de los Centros Municipales de Información (CMI), organización que potencializará las posibilidades de acceso a la información a nivel del municipio.

### **CONCEPTO DE CMI:**

Es una unidad de información a nivel de municipio que posea una Biblioteca con personal especializado y que reúna las mejores condiciones para centrar recursos materiales y tecnológicos que permiten el acceso de los usuarios a la Información Científica Médica actualizada.

### **PROPÓSITOS:**

- Satisfacer las necesidades informativas del personal médico y paramédico y garantizar la gestión de información pertinente a las principales líneas estratégicas y priorizadas del municipio.
- Brindar atención metodológica y colaborar con el resto de las bibliotecas que se encuentren ubicadas en los Policlínicos o en otras unidades del territorio.
- Acercar la información a los usuarios y facilitar su uso.

### **REQUISITOS INDISPENSABLES PARA ACREDITAR UN CENTRO MUNICIPAL DE INFORMACIÓN:**

1. Su ubicación geográfica debe permitir el acceso a la Información Científico Médica del personal que presta servicios médicos en lugares alejados de la capital de provincia.
2. El personal que labore en el Centro Municipal de Información debe poseer los conocimientos técnicos requeridos para manejar el equipamiento técnico y brindar servicios especializados de documentación e información. Será necesario la ubicación, como mínimo, de 1 Lic. ICTB y 2 Téc. ICTB y el municipio que no cuente con un Licenciado puede optar por 3 Téc. ICTB.
3. El local donde será ubicado el Centro Municipal de Información debe tener las condiciones mínimas que faciliten la conservación de los fondos y la instalación del equipamiento técnico para la conexión a la Red y en un futuro la creación de un punto de presencia.
4. El Centro Municipal de Información será una Biblioteca priorizada para la asignación de recursos de información.

5. Tener el equipamiento necesario para el acceso a los servicios de INFOMED con vistas a ofrecer información actualizada. El equipamiento mínimo constará de una PC con impresora, módem y teléfono.
6. Modulo mínimo de fondos bibliográficos.

### **FUNCIONES:**

1. Desarrollar métodos de divulgación que le permitan mantener actualizados a los usuarios del municipio sobre los productos y servicios a los que pueden acceder.
2. Brindar servicios informativos al personal técnico y profesional que labora en las unidades de salud del municipio.
3. Realizar estudios con vistas a determinar las necesidades informativas de los usuarios.
4. Contribuir al desarrollo de los eventos científicos y participar activamente en el Fórum de Ciencia Y Técnica.
5. Brindar la información solicitada por los niveles superiores y atender metodológicamente al resto de las Bibliotecas de las unidades de atención primaria.
6. Establecer las coordinaciones pertinentes con el resto de las unidades del sistema.
7. Coordinar las tareas relacionadas con la Actividad Científico Informativa y los servicios informativos en las unidades del municipio.
8. Controlar y diseminar la información científica médica que reciben a través de la red electrónica de salud.
9. Tramitar con el nivel superior los servicios informativos solicitados por sus unidades.
10. Prestar especial atención a la red de Bibliotecas de los Policlínicos y a los profesionales y técnicos de la Atención Primaria de Salud, teniendo en cuenta el desarrollo actual y perspectiva del plan.
11. Procesar y divulgar los resultados de los trabajos científico técnicos generados en el territorio pertenecientes a la Salud Pública de la provincia.
12. Realizar investigaciones relacionadas con la actividad científico informativa.
13. Ofrecer servicios de información especializados y diferenciados a partir del conocimiento de las necesidades informativas de los usuarios y los planes de desarrollo de la provincia.
14. Participar en coordinación con el Centro Provincial en la identificación de las necesidades de superación técnico profesional de los trabajadores de la información del municipio.
15. Ejecutar programas de educación de usuarios, según orientación del órgano cabecera.

### **CONTROL Y EVALUACIÓN**

Acreditar cuando cumpla con todos los requisitos establecidos.

Evaluar número de usuarios atendidos y procedencia.

Servicios prestados.

Extensión de horario.

Punto de presencia.

## **AMPLIACIÓN DEL PERFIL DE LA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.**

### *DISPENSARIZACIÓN*

#### SITUACIÓN ACTUAL

La organización actual del trabajo del EBS limita la mejora en el rendimiento y en la eficiencia del proceso de dispensarización, al reducir la realización de la evaluación de salud planificada solamente a la actuación del médico; constituyendo además una limitante en la posibilidad de desarrollo del perfil técnico profesional de la enfermera.

#### CONCEPTUALIZACIÓN

Es el incremento en la cantidad y calidad de las acciones de evaluación e intervención de la salud de los individuos y las familias, que realiza la enfermera de forma independiente en el terreno, a partir de la programación de evaluaciones de salud establecida, utilizando para ello el Proceso de Actuación de Enfermería (PAE) como metodología, y que deben ser previamente planificadas y coordinadas, y posteriormente evaluadas, por ambos integrantes del Equipo Básico de Salud.

#### PROPÓSITOS

- Incrementar la eficiencia y efectividad en el desarrollo del proceso de dispensarización.
- Incrementar la satisfacción de la población con la atención que brinda el EBS.
- Combinar las acciones del binomio Médico-Enfermera.
- Elevar y reconocer el nivel técnico y profesional de la Enfermera.

#### OBJETIVOS

Fortalecer la aplicación del enfoque preventivo.

Aumentar la eficiencia y efectividad en el trabajo del EBS.

Identificar necesidades de atención no conocidas en los individuos y las familias.

Ampliar el perfil de desempeño técnico profesional de la enfermera.

#### ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN

Aplicar el proceso de desarrollo del perfil de desempeño de la enfermera de forma organizada, planificada y previo proceso de capacitación del personal de enfermería, que desarrollará la Dirección Nacional de Enfermería y sus diferentes niveles.

Dirigidas a evaluar el estado de salud de individuos y familias donde el grado de complejidad de la evaluación no rebase el nivel técnico y profesional de la enfermera.

La evaluación realizada por la enfermera se reflejará en la historia clínica seguida de la última evaluación realizada por el médico de familia.

Realizar las evoluciones de salud del individuo, la familia o la comunidad, aplicando el correcto enfoque Clínico, Epidemiológico y Social.

Utilizar la metodología del Proceso de Atención de Enfermería como instrumento para la evaluación e intervención en salud de los individuos, las familias y la Comunidad, teniendo en cuenta sus tres etapas:

#### ETAPA DE VALORACIÓN

Conocimiento de la Historia Clínica Familiar e Individual.

Entrevista de Enfermería.

Exámen físico o exploración.

Observación de Enfermería.

Identificación de los datos objetivos y subjetivos.

Diagnóstico de Enfermería.

## ETAPA DE INTERVENCIÓN

Realizar esta etapa estableciendo las prioridades para formular los objetivos y elaborar el plan de cuidados. Realizar las ordenes de Enfermería que pueden ser cumplidas por el propio individuo, la familia o la comunidad con o sin la ayuda de la Enfermera.

Las acciones interdependientes, serán coordinadas con las profesionales o técnicos que corresponda.

## ETAPA DE EVALUACIÓN

Evaluar la respuesta del individuo, la familia o la comunidad de acuerdo a las expectativas u objetivos trazados, consignando en las evaluaciones si el paciente está mejor, peor o igual.

Evaluar el impacto de la intervención de Enfermería en los problemas identificados a través de las Auditorías Concurrentes y Retrospectivas, los Indicadores de Salud alcanzados y el estado de satisfacción de la población.

Replantear el diagnóstico y las acciones las veces que sea necesario en caso de que los resultados alcanzados no sean los deseados.

Se discutirán con los pacientes las acciones, con el médico y con el Equipo Básico de Trabajo.

Se utilizarán los líderes no formales de la comunidad para que contribuyan a alcanzar los resultados deseados.

El esquema siguiente nos posibilita darnos cuenta de cómo a través del Proceso de Atención de Enfermería realizamos el enfoque clínico, epidemiológico y social observándose que se duplican acciones de manera aislada, sin que se tenga un análisis de equipo, por lo que deberán combinarse, estas acciones, de forma tal que las fortalezas individuales del binomio Médico-Enfermera unidas, potencialicen los resultados de salud de la población.

### DISPENSARIZACIÓN. REGISTRO DE PACIENTES POR FAMILIAS.

ENFERMERA	MÉDICO
1. Valoración Conocimiento de la Historia clínica familiar o individual Entrevista de enfermería examen físico u palpación. Observación de Enfermería Identificación de los datos objetivos y subjetivos Diagnóstico de Enfermería	Conocimiento de la Historia clínica familiar o individual Observación Interrogatorio Examen físico  Diagnóstico Médico
2. Intervención Plan de cuidados. Acciones independientes, interdependientes e independientes. Utilización de los instrumentos de evaluación y modelos de atención.	Tratamiento médico Conducta Utilización de modelos de atención según programas.
3. Evaluación Enfoque clínico, epidemiológico y social Individuo Familia Análisis de la situación de salud.	Evaluación Individuo Familia Análisis de la situación de salud

Evaluadas con la frecuencia mínima establecida según Carpeta Metodológica Médica (Anexo 1) de forma que se garantice un mayor fondo de tiempo para la evaluación e intervención preventiva por el EBS al individuo supuestamente sano e individuos que poseen riesgo o enfermedades las familias o la comunidad.

Las acciones de evaluación a realizar de forma independiente por la enfermera en el proceso de la dispensarización, pueden ser dirigidas a todo individuo o familia, independientemente de la edad, grupo dispensarial o situación de salud familiar, siempre que estas acciones estén:

Planificadas por el EBS en la programación de evaluaciones e intervenciones a desarrollar.

Programadas y coordinadas por el Equipo Básico de Trabajo.

Desarrolladas según las normas de trabajo de Enfermería y la situación específica del individuo, la familia o la comunidad independientemente del lugar donde se realiza la intervención.

Dirigidas a individuos y familias de forma tal que exista un balance de evaluaciones entre el Médico y la Enfermera siempre precedida una de otro (nunca dos veces seguidas la Enfermera).

La frecuencia de las evaluaciones de los grupos dispensariales se realizará de la forma siguiente:

A partir del universo y teniendo en cuenta las acciones que corresponden en la semana, teniendo en cuenta los programas, el equipo Médico y la Enfermera y decidir cuales son las actividades que van a realizar de conjunto y por separado.

Los instrumentos existentes por Enfermería ejemplo: la evaluación del adulto mayor se incorporará al trabajo del equipo según los momentos de la dispensarización, Evaluación e Intervención.

Dirigidas a reforzar la aplicación del enfoque preventivo a partir de la evaluación anterior realizada por el médico de familia y las medidas de intervención preventivas instauradas.

Realizadas teniendo en cuenta lo establecido en los programas nacionales y la modificación o la clasificación de los IV Grupos Dispensariales:

Grupo I Individuo supuestamente sano.

Grupo II Individuos con riesgo.

Grupo III Individuos Enfermos.

Grupo IV Individuos con deficiencia o discapacidad. (Anexo 2).

Las evaluaciones que se realizarán por la enfermera como miembro del EBS se discutirán con el médico.

## CONTROL Y EVALUACIÓN

La implementación y calidad del proceso de ampliación del perfil de desempeño de la enfermera se evaluará de forma continua como parte de la evaluación del proceso de dispensarización.

La evaluación (y mejora) del proceso de ampliación del perfil de desempeño de la enfermera constituye el área principal de gestión de la supervisora del GBT y de la Jefa de Enfermería del Policlínico.

Los diferentes niveles de Enfermería.

Grado de satisfacción de la población.

## **ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE ESTOMATOLOGÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.**

### Situación actual

Todas las áreas de Salud están vinculadas a un Servicio Estomatológico para garantizar la atención estomatológica a la población del territorio.

La cobertura presenta afectaciones de carácter objetivo y subjetivo, en este último aspecto, es fundamental la vinculación directa del equipo de Estomatología y el EBS para alcanzar resultados superiores, es en este sentido donde se han identificado las mayores reservas de mejoría de calidad y satisfacción de la población.

### Conceptualización

Conjunto de acciones organizativas y de funcionamiento realizadas por médicos y enfermeras de la familia, estomatólogos y técnicos de atención estomatológica, encaminadas a mejorar la salud bucal y general de la población.

Tipos de servicios estomatológicos:

Clínicas Estomatológicas

Departamentos en Policlínico

Departamentos en Hospitales Clínico Quirúrgico

Otros servicios en Escuelas y Centros Laborales

Modelo de atención:

El modelo de atención que se realiza en los servicios estomatológicos es el de Estomatología General Integral, en el cual se vincula un estomatólogo general a dos consultorios del médico de la familia para una relación hab/est de 1 200 más menos. Este modelo sólo lo aplica un 46 % de los estomatólogos generales por ser aún insuficientes los recursos humanos disponibles en los territorios. No obstante en todos los casos siempre se vincula a un estomatólogo un número determinado de Consultorios del Médico de Familia lo que permite la ejecución de acciones integrales sobre los grupos de población priorizados, así como actividades de promoción y prevención.

### PROPÓSITOS:

Mejorar el estado de Salud Bucal y General de la población, así como su grado de satisfacción con los servicios prestados.

Lograr la interrelación real y efectiva entre los médicos de la familia y estomatólogos responsabilizados con la salud de la población perteneciente a un consultorio médico.

Incrementar el nivel de conocimientos de los Médicos de Familia sobre los aspectos relacionados con la Salud Bucal y principalmente las acciones de Promoción de la Salud Bucal y la Prevención de las enfermedades bucodentales.

### Acciones y Metodología para su instrumentación

Organización de los servicios estomatológicos.

La atención integral a la salud incluye las actividades de Estomatología y salud bucal, los servicios que se brindan en estos servicios ubicados en Departamentos, Policlínicos o en Servicios ubicados en clínicas y otras unidades del sistema.

Control y seguimiento de los resultados del programa.

Análisis de los problemas de la Atención Estomatológica en la Reunión de Estrategias y otros espacios de análisis de la APS.



Establecer de conjunto con el Director o Responsable del Servicio Estomatológico de su área la vinculación de los estomatólogos a los consultorios y realizar la presentación de los mismos.

Informar a los Médicos de Familia los horarios de trabajo del estomatólogo a ellos vinculados y los lugares de atención de urgencia estomatológica.

3. Serán evaluadas prioritariamente las siguientes indicaciones.

Proceso de atención y Dispensarización de los grupos priorizados por Estomatología: embarazadas, madres con niños menores de un año, población infantil, adolescente y adulto mayor.

Cumplimiento de las indicaciones para la atención de urgencia estomatológica en los PPU. (ver Anexo).

Atención de grupos dispensarizados por el Médico de Familia y por el propio estomatólogo, y que requieren de un seguimiento de ambos profesionales, entre los que se encuentran los pacientes portadores de Cáncer Bucal o de otro tipo, Diabéticos, portadores de VIH-SIDA, entre otros que se determine por ambos directivos. Resultados del análisis de la situación de salud del área y proyección de las estrategias para su modificación positiva así como de los resultados y variaciones que se alcancen en el mismo.

Comportamiento de los indicadores de salud bucal y de actividad de la estrategia estomatológica.

Planteamientos y quejas de la población referente a la salud.

Ejecución y cumplimiento de la Proyección Comunitaria del Nivel Secundario de Atención al Primario. Cuando en la clínica no se brinden los servicios del nivel secundario (prótesis, periodoncia, ortodoncia y cirugía maxilofacial) se analizará la factibilidad de la realización de interconsultas de los mismos en la propia unidad, con la periodicidad requerida acorde a las características y morbilidad bucal de la población, de manera tal de mejorar la accesibilidad y la satisfacción, además de la superación de los profesionales.

Ejecución y cumplimiento de la Proyección Comunitaria de los Servicios hacia la población: se determinarán los métodos y vías para la realización de las acciones que impliquen mejores condiciones y estilos de vida, es decir una verdadera participación comunitaria.

La capacitación de los médicos de familia en los aspectos referentes a la Salud Bucal, así como la discusión de temas científicos y de interés sobre la estomatología en las reuniones de los grupos básicos de trabajo.

Ejecución de investigaciones conjuntas.

Desarrollo del movimiento de municipios por la salud y sus modalidades con la integración de estomatología a cada uno de los proyectos.

El EBS debe incluir las siguientes actividades relacionadas con la salud bucal.

Identificar los factores de riesgos asociados a las enfermedades bucodentales al confeccionar las historias clínicas individuales y familiares.

Examen bucal a toda la población como parte del examen físico general, remitiendo al estomatólogo vinculado, cualquier alteración o sospecha de enfermedad que detecte en el paciente y dispensarizar a aquellos en que se diagnostique lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal.

Indicación a todos los pacientes mayores de 15 años del autoexamen bucal para la detección precoz de lesiones precancerosas o cancerosas.

Referir al estomatólogo todas las personas portadoras de prótesis desajustadas o edentes totales.

Referir al estomatólogo todas las mujeres captadas como embarazadas y madres con hijos menores de un año, seguimiento de su atención insistiendo en la higiene bucal y hábitos nocivos.

Informar al estomatólogo de todas las personas con retraso mental y velar por el seguimiento de su atención estomatológica y brindar educación para la salud bucal, insistiendo en la higiene.

Remisión al estomatólogo de todos los niños y adolescentes y seguimiento de su atención estomatológica y de su educación para la salud bucal, insistiendo en la higiene bucal y hábitos nocivos.

Informar a los estomatólogos los pacientes que están dispensarizados por determinadas enfermedades y que por esta condición requieren una atención estomatológica priorizada.

### ***Acciones a realizar por el Estomatólogo y su Técnico de Atención Estomatológica:***

Participar en las reuniones de los grupos básicos de trabajo con fines docentes y de análisis de los resultados.

Participar en la realización del análisis de la situación de salud de la comunidad de manera conjunta con el Médico de Familia.

Análisis conjunto y con participación comunitaria, de los resultados de las intervenciones realizadas en la población.

Garantizar la referencia y contrarreferencia de los pacientes que requieran asistencia estomatológica.

Ejecución de acciones de promoción de salud.

Ejecución de acciones preventivas, fundamentalmente en lo relacionado a los niños menores de cinco años que no asisten a Círculos Infantiles y a los retrasados mentales no institucionalizados.

### **Control y Evaluación**

De los Departamentos de Estomatología por el Director del Policlínico:

Mejora constante de los indicadores del estado de salud bucal y de la satisfacción de la población. Periodicidad: cada dos años pues las modificaciones en el estado de salud bucal de una población se observan a los dos años como mínimo;

Aumento del nivel de servicio o actividad, sustentada en la calidad de los procedimientos. Periodicidad: mensual;

Incremento de indicadores de eficiencia, expresado fundamentalmente en las normas de consumo determinadas por la Dirección Nacional de Estomatología. Periodicidad: mensual;

De los Médicos y Enfermeras de la Familia: se evaluará a través de las modificaciones del estado de salud bucal determinado en el análisis de la situación de salud que realicen de manera conjunta con el estomatólogo.

### ***INDICACIONES GENERALES A CUMPLIMENTAR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE ESTOMATOLOGÍA DE LOS POLICLÍNICOS PRINCIPALES DE URGENCIA (PPU)***

El Estomatólogo durante la realización de la guardia esta subordinado al Jefe del PPU, debiendo cumplimentar las indicaciones del mismo y comunicarle cualquier dificultad.

Presentarse en el lugar designado para la guardia 15 minutos antes de la hora señalada, recibiendo de la persona a la que sustituye la entrega de la guardia, conociendo las incidencias y el estado de la documentación.

Verificar la entrega de la guardia de los Técnicos de Atención Estomatológica.

Revisar el equipamiento y su estado técnico, el instrumental, así como las existencias de los medicamentos, materiales y productos de Medicina Natural y Tradicional.

Revisar listado de medicamentos existentes en la Farmacia asociada al PPU, incluyendo los fitofármacos.

Presentarse al Jefe del Cuerpo de Guardia del PPU, conjuntamente con el Estomatólogo saliente, el que lo presentará, comunicándole su asistencia e informándose de las incidencias del día, así como reportándole todas las dificultades detectadas al recibir la guardia.

Deberá acudir a la guardia correctamente vestido y con la bata sanitaria, llevando además el cuño que lo acredita como profesional para su utilización en los casos necesarios.

No deberá permitir el acceso ni la permanencia de personas ajenas al Departamento.

No se debe fumar, ni ingerir alimentos, ni parquear ciclos en el Departamento, manteniendo una adecuada higiene y organización en el mismo.

Deberá atender adecuadamente a todos los pacientes que soliciten tratamiento de urgencia en el sillón dental, realizándole las indicaciones pertinentes para que continúen su tratamiento en el área de salud que les pertenece.

En caso de ser necesaria la remisión a un Hospital, se coordinará con el Jefe de la Guardia su traslado, acompañándolo de la correspondiente remisión de caso, la cual aportará la mayor cantidad de datos e información posible sobre la enfermedad del paciente.

Llenará todas las recetas enviadas a Farmacia, con letra clara y legible, cumpliendo todas las indicaciones establecidas al efecto. Así mismo le orientará claramente al paciente el método para la ejecución del tratamiento.

En caso de que el paciente necesite Certificado Médico, se tendrá en cuenta lo establecido por el MINSAP para ello y lo asentará en el parte de trabajo.

Es responsabilidad del Estomatólogo el reporte oficial de actividades realizadas, registrando en el parte de trabajo todos los datos necesarios del paciente: nombre y apellidos, edad, sexo, dirección, además se registrará el tratamiento realizado de acuerdo codificador oficial de estomatología. Esta Hoja de Cargo llevará la fecha, horario de guardia, nombre del estomatólogo de guardia y firma del mismo.

Terminado el turno de guardia, se informará al Jefe de la Guardia del PPU, comunicándole las actividades realizadas y las incidencias ocurridas, presentará a su relevo y dejará el Departamento debidamente organizado.

En caso de roturas e impedimentos para brindar atención a la población, se le comunicará al Jefe de la Guardia del PPU, y además se le informará a los Cuerpos de Guardia cercanos para que conozcan la derivación de algunos casos. Se continuará prestando atención a los pacientes en que sea posible, de acuerdo a las limitaciones que existan en ese momento y a las necesidades de los tratamientos. En todos los casos el Estomatólogo y su TAE permanecerán en el Departamento, ya sea para atender los pacientes o para informarles a donde pueden acudir a recibir la atención y el porque no se les puede brindar esta.

Los cambios internos de personal de guardia deberán ser informados a la Dirección del centro que efectúa la guardia con no menos de 24 horas de antelación, haciéndose constar en el listado de guardia del PPU.

En caso de enfermedad o imposibilidad de no acudir a la guardia por causas sumamente justificadas, deberán ser de conocimiento de la Dirección del centro que efectúa la guardia, con no menos de 72 horas de anticipación para poder localizar al sustituto.

En caso de no presentarse el relevo de la guardia, el Estomatólogo que está de guardia se lo comunicará al Jefe del PPU y continuará su labor hasta que se determine quien será su relevo y este llegue, de acuerdo a los mecanismos establecidos al efecto.

Las Clínicas y Servicios Estomatológicos deberán tener implementado el mecanismo de sustitución para los casos de ausencias a la guardia, evitando que ocurra afectación al Servicio de Urgencia.

El horario de alimentación del estomatólogo y la TAE se ajustará a las normas establecidas en el PPU, debiendo comunicárselo a los pacientes que se encuentren en la sala de espera, no quedando ninguno dentro del Departamento y garantizando la seguridad de este durante su ausencia.

## **CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

Se incrementan los servicios de Cirugía menor en los Policlínicos a 212 en el año 2000, de ellos acreditados 32. El Grupo Nacional de Cirugía se encuentra trabajando en la Elaboración de Guías Prácticas de la Especialidad y en el diseño del Diplomado para Médico de Familia, lo cual garantizará el desarrollo de la misma.

### **CONCEPTUALIZACIÓN**

Todo proceder de cirugía menor que puede ser electiva y urgente, siempre es ambulatoria y se realiza sin las necesidades de:

Ingreso hospitalario

Anestesia General ni Regional

Penetrar en cavidades

Ser un procedimiento propio de una especialidad

### **PROPÓSITO**

Incrementar la calidad de la atención médica a la población con el desarrollo de la cirugía ambulatoria menor así como el poder resolutivo del nivel local.

### **OBJETIVOS**

Desarrollar la cirugía ambulatoria y el uso de la analgesia acupuntural quirúrgica a nivel de consultorios, policlínicos y hospitales.

Incremento del alta precoz de los pacientes sometidos a cirugía mayor.

### **ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN**

Crear una comisión nacional y una por cada provincia para la acreditación de los policlínicos con condiciones para el desarrollo de la cirugía menor y para la normación de los procedimientos que pueden ser realizados en cada lugar. Esta comisión estará integrada por representantes de: asistencia médica, higiene y epidemiología, docencia, enfermería y las especialidades quirúrgicas.

Capacitación de los médicos y enfermeras de la familia en los procedimientos de cirugía menor urgentes y no urgentes y en el uso de la acupuntura con fines quirúrgicos.

Garantizar el suministro de instrumental y material quirúrgico para el desarrollo de la cirugía menor en los consultorios y policlínicos.

Garantizar las condiciones que permitan la realización de procedimientos de cirugía menor a nivel del policlínico, el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria y del alta precoz de los pacientes operados de cirugía mayor.

### **CONTROL Y EVALUACIÓN**

Recogida de la información y análisis cuali-cuantitativo de la misma, por las comisiones provinciales.

Disminución del número de remisiones al hospital de pacientes que requieran de cirugía menor urgente y no urgente.

Número de pacientes atendidos por cirugía menor en los consultorios y policlínicos. Afecciones y complicaciones.

Número de egresos precoces a pacientes operadas por cirugía mayor.

## **COLABORACIÓN MÉDICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.**

### **SITUACIÓN ACTUAL.**

Se ha incrementado el número de misiones y colaboraciones médicas en países con compleja situación de salud y presencia de enfermedades, en sus cuadros de morbilidad y mortalidad, no conocidas por nuestros médicos especialistas de MGI. Esto hace que tengan que enfrentarse a situaciones desconocidas y para las que necesitan una preparación específica.

Este proceso se da en una compleja situación social y política, en estos países, por lo que es fundamental contar con mejores procesos de selección y preparación.

### **PROPÓSITOS.**

Cumplir los planes establecidos.

Garantizar el acompañamiento eficaz de los servicios de salud a las poblaciones de estos países.

Garantizar que representen al país los mejores médicos y los más capacitados para la actividad.

Lograr modificaciones en los indicadores de salud seleccionados.

### **ACCIONES Y METODOLOGÍA.**

1- Contar en cada provincia, municipio y policlínico con una bolsa de colaboradores, los cuales deben reunir los requisitos necesarios teniendo en cuenta que estos no afecten las actividades asistenciales.

2- Tener definido en cada centro como se enfrenta la actividad que realiza el colaborador en el momento de su salida y de forma estable hasta su regreso.

3- Garantizar la preparación de los médicos seleccionados según los programas y actividades planificadas por las Facultades de forma sistemática, tomando las medidas necesarias para no afectar los servicios.

4- El jefe inmediato informará a través del responsable de colaboración provincial cualquier incidente que invalide al colaborador incluido en el potencial para cumplir la misión.

5- Cada director debe conocer los parámetros que debe cumplir un futuro colaborador para ser seleccionado incluyendo las éticas morales.

6- Se garantizará que la evaluación anual del colaborador llegue a cada institución por vía oficial.

7- Se mantendrá en la Unidad Central de Colaboración Médica y en la Dirección de Relaciones Internacionales un potencial actualizado de especialistas de MGI y otros especialistas para responder a las solicitudes de asesores en implementación de Medicina Familiar o de Atención Primaria, este potencial se conformará de conjunto con la Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios y Aprobación de las Direcciones Provinciales y cumpliendo todos los mecanismos establecidos para esta actividad.

8- Garantizar la atención al colaborador y su familia.

9- Al regreso de cada colaborador producir intercambio con los trabajadores y los cuadros.

### **SELECCIÓN DE LOS COLABORADORES.**

La posibilidad de dar respuesta a los relevos e incrementos que constantemente se presentan en la colaboración médica obliga a que a todos los niveles del SNS exista una Bolsa de Colaboradores seleccionados y con posibilidades de salir a cumplir una misión en el exterior.

La selección de los candidatos a colaboradores es uno de los pasos más importantes integrales y profundos de la colaboración, que comienza en las unidades de base en que laboran los candidatos y que consta con la aprobación del centro de trabajo, así como de las instancias municipales y provinciales del SNS según el caso.

A su vez este es un proceso que requiere de gran agilidad y calidad debido a las constantes solicitudes de colaboradores en el exterior.

El proceso de selección es común para todos los compañeros que participan en misiones en el exterior independientemente de la modalidad de la misma. La selección de los candidatos es un proceso integral que lleva a cabo la administración correspondiente en permanente contacto con el PCC, la UJC y el Sindicato de Trabajadores de la Salud a sus respectivas instancias.

Cumplir una misión en el exterior constituye un honor al que sólo pueden ser acreedores los mejores trabajadores del SNS, los más abnegados, consagrados, de nivel científico técnico, probado prestigio político moral y que cuente con la aprobación de los trabajadores de su centro de trabajo, sólo los mejores pueden ser seleccionados. Todo trabajador que cumple misión en el exterior es un exponente de los logros de la Revolución en el Sector de la Salud y se convierte en un representante de todos los trabajadores del SNS.

#### *PREPARACIÓN DE LOS COLABORADORES.*

Las Direcciones Sectoriales Provinciales de Salud y los Institutos Superiores de Ciencias Médicas, como queda establecido en la Instrucción Conjunta 1/1991 de los Viceministerios de Asistencia Médica y de Docencia, son los responsables de la preparación idiomática y especializada de los candidatos a colaboradores.

En la preparación idiomática de los colaboradores debe tenerse en cuenta que nuestras solicitudes actuales contemplan países tanto anglófonos como francófonos, por lo que se deben preparar candidatos en ambos idiomas. Debe recordarse que algunos países hacen comprobaciones idiomáticas antes de decidir la aceptación de los candidatos propuestos.

En la preparación especializada debe tenerse en cuenta que nuestros MGI, en muchos de los países podrían estar ubicados en lugares en los que tendrían que hacer partos y resolver situaciones de cirugía menor y de traumatología. En algunas ocasiones nuestros MGI tienen que tener nociones de Anestesiología. Los aspectos de las Enfermedades Tropicales son también fundamentales.

#### **CONTROL Y EVALUACIÓN.**

Conformada la bolsa de colaboración a nivel de cada Policlínico y Municipio.

Organizada la asistencia médica en función de garantizar la atención a la población y plan de colaboración.

## CONTABILIDAD Y CONTROL INTERNO

### SITUACIÓN ACTUAL

El Sistema Nacional de Contabilidad se ha perfeccionado técnicamente pero su consolidación práctica se afecta principalmente por la inestabilidad de personal calificado, falta de capacitación y de algunos recursos.

Con la introducción en el sistema de un plan de modelaje, capacitación y automatización en esta esfera se observan avances discretos que deben ser superiores en el presente año.

### PROPÓSITOS

Garantizar la contabilidad del Policlínico según los parámetros y resoluciones establecidas al efecto.  
Desarrollo y ampliación del sistema de control interno a nivel de Policlínico así como su uso para la gestión.

### METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN

Aplicación y mantenimiento al día de los Subsistemas de Control Interno en cada frente.

Inventario de Medios Materiales en Almacén y en Uso. (Fondo Fijo)

Inventario de Activos Fijos Tangibles.

Caja y Banco.

Nómina.

Garantizar la contabilidad al día. Pase de los documentos primarios a Registros y Submayores.

Cumplimiento de las Instrucciones Generales 203 Inventarios Periódicos, y 206 Control del Uso y Destino.

Final del Producto del MINSAP según el "Manual de Evaluación de Indicadores del Policlínico".

En cada inventario realizado revisar el resultado y evaluar los expedientes de Faltante o Sobrantes si procedieron. ( Resol. 44/97 MFP).

Exigir la existencia y dominio por el personal de los departamentos, consultorios y casa del médico y enfermera de:

Control de Activos Fijos Tangibles.

Control del Fondo Fijo.

Acta de Responsabilidad Material (Dec. Ley 92)

Exigir la existencia de las Actas de Responsabilidad Material por.

Inventario de Medios Materiales del Almacén.

Fondos en Caja.

Velar por la Entrega-Recepción de los Inventarios y Fondos de Caja en caso de sustitución de personal responsable de los departamentos consultorios y Caja (Inst. Gral. 175).

Emitir resolución o acta para la creación del Fondo de Caja (Resol. 324 BCC).

Velar por el control prenumerado de:

Talonarios de cheques (numeración)

Prenumeración y entrega de comprobantes de Ingreso. (Venta de ropa, comedor y otras).

Revisar mensualmente los depósitos en banco, reintegros y reembolsos del fondo con el Estado de Cuenta del Banco (conciliación).

Revisión consciente y firma de las nóminas, cuadre con el cheque.

Exigir que todos los recursos materiales y financieros que se reciban en la unidad sean recepcionados en el almacén y caja respectivamente y contabilizados incluyendo las donaciones y lo adquirido con MLC.

Solicitar mensualmente un informe de las cuentas por cobrar y pagar con más de 20 días priorizado el cobro y pago inmediato.

En caso de recibir Moneda Libremente Convertible (MLC) depositarla al banco en la cuenta MINSAP e informar de inmediato al Vicedirector Económico de la Provincia.

Establecer y controlar la entrega de la información económica al nivel superior.

## **SISTEMA DE COSTO**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

El Sistema de Costo se ha venido desarrollando y consolidando en la atención primaria, más de 250 policlínicos lo aplican pero el nivel de generalización es insuficiente bajo el presupuesto de lograr la municipalización del sistema con todas las unidades.

Por otra parte su utilización como instrumento de análisis para la gestión, evaluación de la eficiencia y la investigación es prácticamente inexistente.

### **CONCEPTUALIZACIÓN**

Es el método que permite la obtención de un conjunto de indicadores o costos unitarios relacionados con las diferentes acciones o servicios que se realizan en la unidad bajo las premisas siguientes:

Redistribución del gasto por área de responsabilidad o unidad de producto o servicio terminado.

Distribución primaria o de costo directo y secundario o de costo indirecto de los gastos por área de responsabilidad.

Brindar con precisión la relación entre las acciones de salud y sus costos.

Flexible y adaptable a cualquier variante de desarrollo de la gestión o los servicios.

El resultado se evidencia en una detallada base de datos informativos; corresponde a la Dirección relacionarlo con el resultado de los servicios y analizar periódicamente el comportamiento económico como un aspecto de la evaluación del desempeño.

### **PROPÓSITOS**

Implementación y desarrollo del sistema de costo en APS.

Utilizar el sistema de costo para la gestión del Policlínico.

Utilizar los indicadores de eficiencia económica médica y social en el proceso de gestión en APS

Implementación de Investigaciones de costo por patología y por programas.

Implementación de investigaciones de costo beneficio y costo efectividad en la selección de alternativas de solución a problemas de salud identificados.

### **METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN**

#### **DE DIRECCIÓN**

Garantizar la aplicación del método mediante el cumplimiento por los departamentos de la información requerida.

Cumplimiento de la información establecida en el Manual de Evaluación de Indicadores del Policlínico.

Orientar el análisis periódico de los resultados por área de responsabilidad.

Promover intercambios con otros policlínicos.

Incluir la evaluación económica en los trabajos, estudios e investigaciones científicas que se realicen.

Desarrollar la Economía de la Salud en la atención primaria mediante líneas de investigación, elaboración de ponencias.

#### **DE ANÁLISIS**

El enfoque debe dirigirse hacia la determinación en cada área, servicio o programa de los Criterios de eficiencia aplicando los principios siguientes:

La relación costo fijo y costo variable determina que aumentando el Nivel de Actividad se disminuyen los costos; pero se aumenta el gasto material.

Elevar la calidad no incrementa el costo.



## DE INVESTIGACIÓN

Desarrollar estudios de costo, costo-beneficio y costo-efectividad en:

Programas de salud

Atención al Adulto Mayor

Vacunación

Atención al asmático

Otros

Prescripción de antibióticos

Urgencia

Ingreso domiciliario: Por el consultorio

Por egreso precoz

Productividad del trabajo técnico

Incidencia de costo indirecto

## AUTOMATIZACIÓN

Exigir la introducción en la computadora del Municipio de los 6 Subsistemas de Control Interno vigentes en el SARC. Controlar el cumplimiento de la programación de tiempo de máquina indicado a la unidad. Capacitación  
Premisa:

- \* Cada trabajador del Área de Economía se capacite en al menos tres subsistemas.
- \* El trabajador de nuevo ingreso debe capacitarse en su actividad durante el 1er. año.
- \* Enviar al personal del Área de Economía a los cursos de capacitación programados por la unidad o Politécnico rector de Docencia Médica.

## CONTROL Y EVALUACIÓN

Análisis de los costos comparados por área de responsabilidad similares o con períodos anteriores.

Evaluación de indicadores de eficiencia económica médica y social para la gestión.

Evaluación en el consejo de dirección de los indicadores reflejados en el proceso de implementación.

Control y evaluación de la productividad por servicios y actividades, relacionándolo con los costos.

ej: Laboratorios y RX: Determinación por consultorios del Costo de estudios y análisis negativos, deficientes o perdidos.

Interconsulta: Costo de interconsultas por especialidades.

Consultorio: Comparar el costo con otros consultorios del policlínico o de la provincia determinar causas de las diferencias.

Relacionar la variación del costo unitario con el cumplimiento del plan de atención a los programas.

## **EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

#### **Envejecimiento en Cuba:**

El envejecimiento poblacional constituye el principal problema demográfico actual y prospectivo de la población cubana. Aunque ya plantea retos a la sociedad la existencia de más de 1 442 288 personas de 60 años y más (13.6 %), el mayor desafío señala al futuro. En él las proyecciones indican un crecimiento de ese segmento poblacional hasta alcanzar el 16.9 % en la próxima década y para el 2 025 el 21 %, por lo que Cuba será uno de los países más envejecidos de la región.

El incremento de las personas de 60 años y más en Cuba es uno de los más rápidos e intensos que haya ocurrido en el ámbito internacional. Tal fenómeno se atribuye sobre todo a la disminución de la tasa bruta de fecundidad (hijos/mujer) de 4.97 en el período 1950-1955 a 1.71 en el período actual, dado entre otros factores, por la integración social de la mujer y su incorporación al estudio, al trabajo y a las esferas de la dirección del país; a un descenso de la tasa de mortalidad en ese mismo período de 19.8 x 1 000 hab. a 10.2 con la consiguiente prolongación de la esperanza de vida al nacer de 46.4 años en 1950 a 76 años en la actualidad y a la migración ocurrida en los últimos años.

Un resultado significativo de este proceso ha sido el aumento de la expectativa de vida a los 60 años de 15.5 años más, a mitad de siglo a 20.5 años en la última década, mientras que cada anciano al llegar a los 80 años puede vivir potencialmente 7,63 años más.

A partir de la década de los 60 el Sistema de Salud garantiza atención gratuita para toda la población y beneficia al anciano como componente de la sociedad. Durante ese período, se conforma el sistema nacional de salud y se dirigen esfuerzos y recursos hacia aquellos problemas que más afectan a nuestro cuadro epidemiológico, como las enfermedades infecciosas y la atención materno infantil.

En los años 70 comienzan a producirse cambios en el cuadro epidemiológico del país. Disminuye el componente infeccioso como causa de muerte y comienza un predominio acelerado de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) que conllevan al surgimiento del Programa de Atención Integral al Adulto.

En 1984 con el surgimiento de la Medicina General Integral y la introducción del Programa de Atención a la Familia, la atención al anciano se ve mejorada notablemente.

Tanto la Asistencia Médica como los Programas de Seguridad y Asistencia Social que tradicionalmente han permitido satisfacer las demandas de este grupo poblacional, en la actualidad no son capaces de cubrir todas sus necesidades, lo que conlleva al surgimiento de nuevos modelos de atención que den respuesta a las particularidades del proceso salud-enfermedad del Adulto Mayor, que los convierte en los mayores consumidores de servicios sociales y entre ellos de salud. Responder oportunamente a esas demandas significa a largo plazo no solo aumentar significativamente la calidad de vida de los gerontes que es lo más importante, sino también disminuir el costo relativo de asistencia social y servicios de salud.

Sabido es que la problemática de una población envejecida es de difícil abordaje. La complejidad de los problemas que generalmente afectan a un anciano frágil, demanda el concurso de varias disciplinas: medicina, psicología, enfermería, trabajo social y otros, para evaluarlos de forma real. Su solución con frecuencia escapa de la intervención aislada del sector de la salud y precisa la participación de otros sectores de la sociedad.

El tránsito recorrido en el sistema de atención al anciano y las características actuales de este grupo de la población, demandan de una etapa cualitativamente superior que se corresponda con sus exigencias y estado de salud, por lo que en 1996 se elaboró un nuevo programa de atención al Adulto Mayor, que abarca todos los niveles de atención y la participación de 3 pilares fundamentales: la estructura sociopolítica local, el sistema de salud, seguridad y asistencia social y las personas de edad y sus organizaciones; actualmente se encuentra dentro de los 4 programas priorizados del Ministerio de Salud Pública. Situándose en 2 escalones básicos

(del nivel comunitario, apoyados por un tercer escalón perteneciente a la atención secundaria).

En este marco nace como necesidad en la Atención Primaria de Salud (APS), el Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG), el cual a través de sus funciones de evaluación, atención progresiva y coordinador de respuestas, brinda servicios al adulto mayor frágil o en estado de necesidad; equipo del Médico y Enfermera de la Familia, encontrará en él un apoyo para completar la atención y enfrentar la problemática de los ancianos. Su participación en el asesoramiento del Programa del Adulto Mayor, facilitará el desarrollo del mismo, así como su control y evaluación.

Con este documento pretendemos habilitar al EMAG de un arma importante, las pautas metodológicas que guiarán su quehacer, con lo que aspiramos a aumentar su eficacia sin menguar la creatividad e iniciativa local en la aplicación y desarrollo del programa de atención al Adulto Mayor en la Comunidad.

Sus destinatarios principales son de dos tipos:

Los miembros del EMAG, del Grupo Básico de Trabajo (GBT) y los Médicos y Enfermeras de la Familia.

Los formuladores de políticas y de decisiones en los servicios de salud, tanto en el ámbito nacional como local y otros actores vinculados a la atención del adulto mayor.

CONCEPTUALIZACIÓN:

***EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICO (EMAG):***

Equipo multidisciplinario que garantiza la atención integral al anciano frágil y en estado de necesidad, brindando la atención especializada a través de un proceso de evaluación e intervención geriátrica y coordinación de respuestas intra y extrasectorial

Constituye un apoyo al trabajo de los Equipos Básicos de Salud (EBS) y a la comunidad, en el desarrollo de un envejecimiento y vejez saludable.

METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EMAG:

Constitución del EMAG.

Organización del trabajo del EMAG.

Elaboración del análisis inicial de la situación de salud del Adulto Mayor de su área. (ver funciones gerenciales).

IV Información a los profesionales y técnicos de la salud del área las funciones y objetivos del EMAG, así como su cronograma de trabajo.

V Solicitar la acreditación al Departamento del Adulto Mayor de su provincia.

## DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA:

I- Constitución del EMAG, será realizada por la Dirección del policlínico, teniendo en cuenta:  
Que esté constituido por:

Médico.  
Enfermera.  
Trabajadora Social.  
Psicólogo.

2) Que los miembros del EMAG sean:

Especialista en Gerontología y Geriatría o con Master en Gerontología Médica y Social. o Diploma do en Gerontología Comunitaria.

### Organización del trabajo del EMAG.

Definir por la Dirección del Área de Salud si el EMAG laborará a tiempo completo o parcial, lo cual estará en dependencia de:

Análisis de la Situación de Salud del Área, teniendo en cuenta la magnitud del envejecimiento poblacional.

La utilización eficiente de los recursos humanos profesionales y técnicos.

b) Definir por la Dirección del Área de Salud el espacio físico donde realizar las consultas de selección y donde archivar los documentos inherentes a las funciones del EMAG, así como recursos materiales indispensables.

c) Diseñar en conjunto con la Dirección del Área de Salud y por el EMAG el plan de trabajo de acuerdo a sus funciones y a las necesidades del área.

Elaboración del análisis inicial de la situación de salud del Adulto Mayor de su área. (ver funciones gerenciales).

Información a los profesionales y técnicos de la salud del área las funciones y objetivos del EMAG, así como su cronograma de trabajo.

Solicitar la acreditación al Departamento del Adulto Mayor de su provincia.

La acreditación del EMAG depende no sólo de su funcionamiento, sino también de que todos sus miembros estén diplomados.

### **FUNCIONES DEL EMAG**

#### **Gerenciales.**

Asesora a la dirección del policlínico en la organización, desarrollo y funcionamiento del Programa Integral del Adulto Mayor.

Garantiza los procesos de Referencia y contrareferencia del adulto mayor frágil y en estado de necesidad.

Realiza el análisis de la situación de salud del Adulto Mayor de su área con una frecuencia anual, basándose en la situación de los consultorios, su trabajo y la interrelación con otras unidades.

Evalúa junto al GBT el cumplimiento del programa de atención al Adulto Mayor en la Comunidad.

Estimula la participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones locales a los problemas del anciano frágil y en Estado de Necesidad.

**Asistenciales.**

Apoya las actividades de Promoción y Prevención destinados a fomentar estilos de vida más sanos, para lograr un envejecimiento satisfactorio.

Realiza la evaluación de los pacientes provenientes del pesquizado del médico de familia para clasificarlos en frágiles o en estado de necesidad.

Garantiza estrategias que aseguren los cuidados a corto, mediano o largo plazo de adultos mayores frágiles y en estado de necesidad.

Coordina e integra las actividades de rehabilitación necesarias de adultos mayores dependientes.

**Docentes.**

Participa en los procesos de educación de la población dirigidos a mejorar la atención formal e informal del anciano.

2- Realiza educación continuada, capacitación y adiestramiento a los GBT y EPS, así como a otros profesionales y técnicos de la salud.

**Investigación.**

Promueve y participa en investigaciones que identifiquen y desarrolle soluciones a las necesidades y problemas del Adulto Mayor de su comunidad.

**EVALUACIÓN Y CONTROL**  
Indicadores de Estructura

VARIABLE	ESCALA DE CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDIO DE COMPROBACIÓN
Disponibilidad de recursos humanos	aceptables No aceptables	El EMAG necesita todos sus recursos humanos cubiertos según lo establecido en las directrices de organización y procedimientos (un médico, una enfermera, un psicólogo y una trabajadora social).	Visita al EMAG y entrevista al personal del equipo
		El EMAG debe tener un local independiente, con facilidad de acceso, asientos fuertes y piso liso, con 1 consulta y un salón de espera. Estará limpio y organizado y contará con iluminación natural ó artificial suficiente.	Observación del local sus condiciones

Disponibilidad de recursos materiales	Aceptable No aceptable	La consulta debe contar con los recursos indispensables para brindar atención al anciano (estetoscopio, pesa, mesa de reconocimiento, lámpara pie y esfigmomanómetro) y que estos se encuentren funcionando.	Observación del local y entrevista al personal del equipo
Directrices de ganización procedimientos	Aceptable No Aceptable	En el local debe existir una guía actualizada de las funciones y la planificación de las actividades del equipo enriquecidas según las características del territorio.	Revisión del documento or- y
Acreditación de los recursos humanos para el desempeño	Aceptable No aceptable	Todos los miembros del equipo reúnan al menos el requisito mínimo de acreditación, en cuanto al perfil de su cargo.	Entrevista al personal del departamento de recursos humanos

Indicadores del proceso de la atención médica que brinda el EMAG.

VARIABLE	ESCALA DE CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDIO DE COMPROBACIÓN
Organización y planificación de las actividades	Aceptable No Aceptable	Las actividades del equipo estarán planificadas y se reflejan en la guía, la cual deberá encontrarse actualizada	Revisión de la guía de planificación de actividades del EMAG.
Planificación y cumplimiento de las actividades de Promoción de Salud	Aceptable No Aceptable	Existirá la programación de las actividades de promoción de salud y se reflejará la fecha de cumplimiento.	Revisión de la guía de planificación.
Evaluación Multidisciplinaria	Aceptable No Aceptable	En la evaluación participarán los cuatro miembros del equipo y cuenta con: identificación de actividades de vida diaria, discapacidades, diagnóstico, tratamiento, principales medidas de rehabilitación, recomendaciones de cuidados a corto y largo plazo, acciones que debe realizar el médico de familia y seguimiento.	Auditoría médica
Diagnóstico de Salud de la población geriátrica	Aceptable No Aceptable	El equipo debe poseer el Diagnóstico de Salud del Anciano de su área actualizado y este cumpla con los requerimientos señalados en las directrices de organización y procedimientos (Identificación de problemas, determinación de prioridades, establecimiento de un plan de acción y evaluación participativa).	Revisión del Diagnóstico de Salud

Atención médica a la casa de abuelos	Aceptable No aceptable	Evaluación anual al 90 % de los ancianos y se recoja en registro las actividades realizadas en las visitas quincenales (control del programa de atención al adulto mayor, educación para la salud y capacitación del personal) Indicador: Porcentaje de evaluaciones: será igual al número de HC con evaluación realizada en el año entre el total de HC, multiplicado por 100. Ancianos reinsertados a la comunidad	Auditoría Médica
Actividades docentes progra- de educación comunitaria y al personal de salud	Aceptable No aceptable	Programación de las actividades de capacitación y esta se encuentre actualizada.	Revisión de la mación
Actividades de Investigación	Aceptable No aceptable	Investigaciones sobre el anciano y participación en eventos científicos de su rama presentando algún tema.	Entrevista al personal del equipo

Indicadores de resultados.

VARIABLE	ESCALA DE CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDIO DE COMPROBACIÓN
Consulta de evaluación multidisciplinaria al anciano con problema.	Aceptable No aceptable	Todos los casos remitidos por el médico de familia sean evaluados por el equipo o se encuentren en proceso de diagnóstico. (Esta consulta debe estar reflejada en la historia clínica)	Auditoría Médica
Casos sociales remitidos a atención secundaria	Aceptable No aceptable	Remisión menor del 30 % a la atención secundaria. = casos sociales remitidos/total de casos sociales X 100	Auditoría Médica
Modificaciones de los problemas del anciano según el ASS	Aceptable No aceptable	Cambios positivos de un año para otro en los problemas identificados sobre los cuales se ha intervenido	Revisión de los Diagnósticos de Salud
Visita de evaluación multidisciplinaria	Aceptable No aceptable	Todos los casos en el que el médico de familia haya solicitado visita por que el paciente se encuentra impedido y hayan sido evaluados o se encuentren al menos en proceso de diagnóstico. (Esta evaluación debe estar reflejada en la historia clínica)	Auditoría Médica

VARIABLE	ESCALA DE CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDIO DE COMPROBACIÓN
Satisfacción del usuario	Aceptable No aceptable	No menos del 80 % de las entrevistas tengan como resultado una ponderación mayor o igual a 70 puntos. Índice de satisfacción: igual al # de entrevistas con una ponderación igual o mayor de 70 puntos el total de entrevistas evaluadas, multiplicado por 100.	Entrevista semiestructurada al anciano.
Satisfacción del equipo	Aceptable No aceptable	No menos del 80 % de las entrevistas tengan como resultado una ponderación mayor o igual a 70 puntos. Se utilizará el mismo indicador.	Entrevista semiestructurada al equipo.
Satisfacción del personal de salud	Aceptable No Aceptable	No menos del 80 % de las entrevistas tengan como resultado una ponderación mayor o igual a 70 puntos. Se utilizará el mismo indicador.	Entrevista semiestructurada al personal de salud.



## **EL SERVICIO FARMACÉUTICO COMO PARTE DEL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA**

### **SITUACIÓN ACTUAL:**

La farmacia, como unidad de la atención primaria de salud tiene la misión fundamental de asegurar la disponibilidad y dispensación con calidad de los medicamentos.

Por lo sensible e importante de esta actividad resulta vital el control del equipo de dirección del Policlínico sobre la actividad de las farmacias que integran la red del área de salud.

La subordinación administrativa y metodológica de estas unidades limita la capacidad de control y dirección de las direcciones de los Policlínicos sobre las unidades de farmacia y sus recursos humanos, no lográndose en la actualidad un funcionamiento en equipo que permita mayor satisfacción de usuarios y trabajadores.

### **PROPÓSITOS:**

Lograr una mejor atención del director del policlínico a la red de farmacia.

Brindar un servicio farmacéutico ético y de calidad.

Integrar al farmacéutico al equipo de trabajo del área de salud.

Cumplir las misiones de la farmacia principal municipal y la especial del área de salud.

Perfeccionar el programa de prevención del uso indebido de drogas y atención al drogodependiente.

Desarrollar acciones de fármaco divulgación.

Incrementar la dispensación de productos naturales y dispensariales así como garantizar su estabilidad.

### **ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN:**

-Incluir al Director de la Farmacia Especial del área de Salud en su Consejo de Dirección, en el cual se deben informar, entre otros los siguientes aspectos:

Abastecimiento de medicamentos, pacientes inscriptos para consumo de medicamentos controlados por tarjeta, comportamiento de las tasas, análisis de la indicación de Drogas y Sicotrópicos, cumplimiento de lo legislado al efecto, cumplimiento de los Principios Éticos de los Trabajadores de Farmacia y las medidas para brindar un Servicio de Calidad que se encuentran en las unidades.

Es importante, además de señalar deficiencias y dificultades, reconocer los resultados y buenas actitudes individuales y colectivas. El Director del Policlínico debe apoyar en la solución de los problemas de las unidades y los colectivos de las farmacias.

El Director de la Farmacia Especial debe exponer los resultados del trabajo de las demás unidades que conformen su red.

- Cumplimiento de la producción de Medicamentos Naturales y Dispensariales, garantizar la estabilidad en la disponibilidad de los mismos así como su presentación, calidad y nivel de prescripción. Constituye una prioridad la sustitución, siempre que sea posible, de medicamentos industriales por naturales. En el desarrollo de la utilización de los dispensarios de las farmacias, es imprescindible la actualización de los facultativos en la formulación, para esto utilizar a los profesionales con más experiencia y resultados.
- Incluir al Licenciado en Farmacia como parte integrante del Equipo de Salud, cumpliendo su papel como Dispensador de Atención Sanitaria y consejero y colaborador en la decisión y análisis de la terapéutica, realizar análisis conjunto sobre la calidad de la prescripción.
- Realizar análisis periódico y riguroso de las medidas previstas para la Atención Primaria en el Programa de Prevención del Uso Indebido de Drogas y Atención a la Drogodependencia, sobre todo en lo relacionado con el reporte de casos, dispensación y seguimiento.
- Los mecanismos de información y retroalimentación a los prescriptores no pueden limitarse a la simple lectura de un listado, esta tiene que ser interactiva, ágil y desarrollada con creatividad y los recursos de que se dispongan.
- Mantener permanente intercambio de información con las instancias que intervienen en la evaluación integral del trabajo de las farmacias y participar activamente en las mismas.

## **FORTALECIMIENTO DE LA INFORMÁTICA EN EL POLICLÍNICO**

### **CONCEPTUALIZACIÓN:**

Proceso mediante el cual se aplican las Nuevas Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (NTIC), por etapas, para la implementación del Proyecto de Informatización de la Unidad, basados en la Estrategia de Informatización del Sector y sus principios rectores, garantizando los módulos de atención al paciente y programas de control y seguimiento, servicios auxiliares de diagnóstico y básicos, información científico-técnica y perfeccionamiento de sus profesionales, atención a la urgencia, el desarrollo de la telemedicina y la gerencia de los servicios a ese nivel.

### **PROPÓSITOS**

En el desarrollo del Fortalecimiento Municipal se delinearon claramente tres propósitos, que se aplican al Programa de Informatización del Policlínico:

Fortalecer la conectividad de las instituciones de salud territoriales que permita una interrelación más efectiva entre ellas, así como un flujo informativo eficiente y eficaz para la toma de decisiones a nivel local y niveles superiores.

Fortalecer el Subsistema del Médico y Enfermera de la Familia, para lo cual hay que centrar los esfuerzos en el Policlínico, consultorios y comunidad.

Fortalecer el resto de los Subsistemas de salud territorial, interrelacionados con el primero que le brindan la interacción necesaria.

### **METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN**

Basados en las orientaciones metodológicas de la Carpeta TECAINE en cuanto a la Informática y la aplicación de la Estrategia de Informatización, deben realizarse las siguientes acciones:

**ESTRUCTURA:** Constitución del Comité Conductor Informático, el que estará presidido por el primer nivel de Dirección del Policlínico y coordinado por la persona que mejor calificación o capacitación tenga en las tecnologías informáticas. Es el encargado de preparar los documentos rectores; desarrollar, aplicar y evaluar los resultados de las acciones que se conciben en los planes para cada fase o etapa.

### **DOCUMENTOS RECTORES:**

Plan de Desarrollo Informático de los Servicios, con el diseño de Proyectos Principales. (Ver anexo)

Plan de Capacitación y perfeccionamiento del personal.

Plan de Seguridad y Contingencia Informática. Según indicaciones del MININT.

### **CERTIFICACIÓN:**

Toda solución informática debe llevar la Certificación de CEDISAP, para la aplicación en el Sistema Nacional de Salud, por ser este centro el encargado de Validar y avalar los productos informáticos en el campo del software de salud para su implantación en el S.N.S. así como, su comercialización a terceros, nacional o internacionalmente.

En Tecnología de Punta está en implementación el Sistema Informático para la Atención Primaria en Salud, (APUS), que cubre los parámetros orientados por la Dirección de Atención Primaria, así como, GERISOFT para la atención al Adulto Mayor y otras que se desarrollen e implementen en el proceso de informatización que cuenten con la certificación correspondiente.

En tecnología convencional, de grupos o individual, serán inventariadas las soluciones por los Grupos de Informática en Salud (GIS) y circuladas al país las soluciones a generalizar que cuenten con la certificación apropiada.

**PLATAFORMA:** Según los recursos disponibles y escenarios de desarrollo debe clasificarse en:  
Tecnología de Punta. Intranet Cliente-Servidor y lenguajes visuales.  
Redes convencionales. Novell u otra topología, con o sin ambiente Windows.  
Trabajo en Grupos. Conexión de los recursos en ambiente Windows.  
Stand Alonne. Explotación de aplicaciones y servicios de forma individual sin interconectividad alguna.

**MÓDULOS:** Las aplicaciones a implementar en el Sistema Nacional deberá tener en cuenta los siguientes:

**Atención al Paciente y Programas de Control y Seguimiento:** Atención a la Población, Consultas y seguimiento según programas, infecciones de transmisión sexual, urgencias médicas, adulto mayor, psicología y psiquiatría, y otros.

**Atención a la Urgencia y la Telemedicina:** Control y seguimiento de los pacientes que solicitan estos servicios y aplicación de la telemedicina en consultas de segunda opinión a profesores y entidades de referencia con el intercambio de imágenes y señales, cuando sea factible.

**Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento:** Laboratorio, Rx.

**Servicios básicos económicos:** transporte, control de inventarios, contabilidad, etc.

**Información Científico Técnica y perfeccionamiento del personal:** Implementación de puntos de presencia y encuentros para la búsqueda bibliográfica y utilización de la Biblioteca Virtual de Salud, cursos de educación a distancia según el proyecto de Universidad Virtual de Salud, acceso a sitios WEB cubanos, así como, utilización de servicios electrónicos, investigación, y otros servicios.

**Gerencia de los Servicios:** Acceso a los indicadores de gerencia, diagnóstico de salud del área, análisis de grupos básicos de trabajo, consultorios y otros.

**FASES Y ETAPAS:** El proceso deberá implementarse en tres fases, que serán consideradas en el plan según los recursos con que se cuentan:

Fases:

**Policlínico:** Debe garantizar la informatización de la institución, dando prioridad a los módulos de atención directa a los pacientes y de capacitación y perfeccionamiento del personal, poniendo énfasis en las actividades a desarrollar a nivel de Grupos Básicos de Trabajo (GBT), de manera que éstos cuenten con la información imprescindible para la adecuada atención y seguimiento de los pacientes por los Médicos de Familias que ellos atienden, el perfeccionamiento de los profesionales que se les subordinan, así como, el seguimiento gerencial de los programas e indicadores que permita una adecuada toma de decisiones.

**Consultorio:** Debe llevarse hasta el nivel de consultorio los módulos fundamentales que permitan al Médico y Enfermera la atención de sus pacientes, su preparación profesional y la gerencia de sus actividades.

**Comunidad:** Deben implementarse aplicaciones que permitan un mejor desempeño en la atención de los grupos de riesgo: ancianos, adolescentes, etc., así como, la participación de estos grupos en actividades para el fortalecimiento de la salud y una mayor calidad de vida.

Etapas:

Cada Fase constará de un número de etapas, que serán proyectadas en el Plan de Desarrollo, aprobadas y controladas en su ejecución por el Comité Conductor.

CONTROL Y EVALUACIÓN:

El nivel de informatización de cada unidad se medirá por el cumplimiento del Plan de Desarrollo Informático, su organización, nivel de gestión del mismo y optimización de los recursos y no por el nivel tecnológico de que se disponga, es por ello que se definen un grupo de indicadores de estructura, proceso y resultados. Dentro de los indicadores de resultado se incluyen los indicadores que miden el impacto de la informática en los servicios de salud.

## INDICADORES:

### Estructura:

Constituido el Comité Conductor Informático  
Coordinador del Comité con el adecuado nivel de informática. Especialista o técnico calificado en informática.  
Realizado el estudio básico de la institución:  
Identificación de los recursos humanos  
Inventario de los equipos  
Fuentes para movilización de Recursos  
Propuesta de Proyectos a corto plazo  
Propuesta de Proyectos a mediano plazo  
Propuesta de Proyectos a largo plazo  
Elaborado y aprobado el Plan de Desarrollo  
Plan de Capacitación del Personal  
Plan de Seguridad y Contingencia Informática  
Plan Director de Informática  
Interconectividad y uso de correo electrónico y otros servicios.  
Concebido al menos un punto de presencia o encuentro

### Proceso:

Realizada y levantada acta en las reuniones sistemáticas del Comité Conductor. Mensual.  
% de Proyectos que cuentan con fuentes propias de financiamiento, de acuerdo a la estrategia de movilización de recursos.  
Plan de Capacitación.  
% Capacitación del personal dirigente o cuadro (100 %).  
% Capacitación del personal técnico y funcionario (50 %)  
% Capacitación del personal informático en cursos propios de la especialidad. (100 %)  
Plan de Seguridad Informática.  
Previstas las medidas de seguridad física y lógica de los equipos y aplicaciones.  
Prevista la seguridad en la conectividad a redes externas (INFOMED y otras nacionales.)  
Prevista la seguridad en la conectividad a redes de alcance global, si está aprobada su conexión. (INTERNET).  
Plan Director de Informática:  
% de ejecución del Proyecto de informatización de los servicios del Policlínico según etapa proyectada.  
Número de módulos implementados.  
Conectado a la Red Telemática de la Salud y utilización de sus Servicios.  
Implementado el Punto de Presencia o de Encuentro.

### Resultado:

Informatizado el trámite y atención de pacientes en la institución.  
% de módulos en explotación que satisfacen los requerimientos de salidas informatizadas para la documentación y registros médicos que eliminan el trámite manual de documentos o emisión de información a pacientes y familiares.  
% de módulos en explotación que satisfacen el registro médico del paciente y elimina el proceso manual del mismo y favorece su consulta autorizada desde cualquier punto habilitado para ello.  
% de sustitución de informes y tablas manuales por salidas informáticas en la evaluación del Diagnóstico de Salud y análisis de los indicadores fundamentales de la institución.  
Calidad del Servicio y ayuda al Diagnóstico.  
Número de muestras de Laboratorio o Imagenología u otro medio diagnóstico, cuyo resultado se emite de forma electrónica al paciente y al registro médico.  
Número de Consultas e Interconsultas efectuadas entre las instituciones utilizando medios telemáticos.  
Número de ficheros de señales e imágenes procesados para consultas diagnósticas en los servicios de Telemedicina habilitados.

Capacitación y Perfeccionamiento:

% de dirigentes y cuadros que en su evaluación de competencia han utilizado satisfactoriamente las herramientas informáticas para el desempeño de sus funciones.

% de funcionarios y técnicos que emplean satisfactoriamente las aplicaciones informáticas en el desarrollo de sus funciones.

Número de Cursos a Distancia matriculados por el personal de la salud del territorio.

Investigación:

Número de soluciones informáticas presentadas a los Forums de Ciencia y Técnica.

Número de investigación en los servicios que utilizan herramientas informáticas en su procesamiento y evaluación.

Número de consultas bibliográficas realizadas a través de los puntos de presencia y de la Biblioteca Virtual de Salud.

Control de los Procesos y Gerencia:

% de informes enviados a través de mensajería electrónica que satisfacen la disciplina informativa de Estadísticas Sanitarias, Economía, Servicios Básicos, Vigilancia en salud, Gerencia y Administración.

% de procesos administrativos cuyas salidas informáticas permiten el análisis de los resultados alcanzados.

## **GUIA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INFORMÁTICO**

INTRODUCCIÓN.

LINEAS GENERALES DE DESARROLLO INFORMÁTICO EN LA INSTITUCIÓN.

ESTRATEGIA.

El Plan de Desarrollo Informático, deberá reflejar las soluciones a corto y mediano plazo y se llevará a cabo a partir de la identificación de las Misiones de desarrollo de cada Entidad subordinada, Dirección o Departamento con la participación conjunta de las entidades locales. Este proceso se iniciará simultáneamente en toda la entidad.

Para ello, cada Entidad, Dirección o Departamento deberá realizar su propio Plan en el cual se han de trazar los diferentes escenarios a alcanzar en el tiempo, de manera que por aproximaciones sucesivas podamos alcanzar la informatización total de los servicios. El cual debe tener la siguiente estructura.

**MISIÓN:** No es mas que la definición o función principal para lo cual existe la entidad, dirección o departamento, sobre la cual la informática puede apoyar y perfeccionar el desarrollo y optimización de las actividades y servicios que debe brindar.

**VISIÓN:** Descripción de lo que se pretende alcanzar, hasta donde se quiere llegar y que se va a obtener con ello.

**ESCENARIOS:** Es la visión concreta a lo que se piensa llegar en determinado momento y corresponde a las diferentes prioridades por etapas en que vamos a desarrollar el Plan o Proyecto. Estos permiten realizar un corte evaluativo para cada segmento que garanticen la ruta correcta para alcanzar la visión descrita de acuerdo a la misión a realizar. Existirán tantos escenarios como sean necesarios de acuerdo la complejidad a enfrentar.

Para cada ESCENARIO, se han de concretar los siguientes aspectos:

**OBJETIVOS:**

**METAS:**

**PROYECTOS O TAREAS:** Para cada una de ellas ha de tenerse en cuenta:

Capacitación de los Recursos Humanos para desarrollarla: Según tipo de personal y contenido en el que se necesita capacitar y el Plan de Capacitación para ello.

Recursos Humanos y Materiales: con los que se cuenta y los que se necesitan y sus fuentes de obtención. Servicios y aplicaciones informáticas que deben ser desarrollados, para alcanzar las metas propuestas.

EVALUACION:

ESTUDIO BÁSICO:

Identificación de los recursos humanos  
Inventario de los equipos  
Fuentes para movilización de Recursos  
Propuesta de Proyectos a corto plazo  
Propuesta de Proyectos a mediano plazo  
Propuesta de Proyectos a largo plazo

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN: Para cada escenario.

ANEXOS:

Plan de Capacitación y Perfeccionamiento General: De acuerdo a lo orientado en el Taller celebrado en Mayo de 1999. Identificando el tipo de personal al cual va dirigido:

Dirigentes y cuadros

Funcionarios y Técnicos

Especialistas de la informática

Plan de Seguridad Informática: Aprobado por el MININT

Levantamiento de los recursos Humanos y Materiales existentes en cada línea de desarrollo.

Cronograma general de acuerdo a la Visión y escenarios futuros con los objetivos y metas a alcanzar.

OTRAS CONSIDERACIONES ESTRATÉGICAS

En el proceso de análisis del Plan, deben ser identificados los proyectos a desarrollar de forma Vertical y Horizontal en el territorio y coordinado a través del GIS

Vertical: Serán aquéllos que son jerarquizados y dirigidos desde el Nivel superior, seleccionando las instituciones en las que se ha de realizar la prueba de campus del mismo.

Horizontal: Es el Proyecto Territorial que contempla, el desarrollo armónico de todas las instituciones del territorio, sus interrelaciones y particularidades.

**ASPECTOS QUE DEBE TENER UN PLAN DE DESARROLLO INFORMÁTICO A CORTO PLAZO:**

Plan de Capacitación y perfeccionamiento del personal

Plan de Seguridad Informática y Contingencia

Interconectividad en Redes y utilización de los Servicios Telemáticos

Implementación o utilización de puntos de presencia y de encuentros

Diseño de proyectos y aplicaciones encaminadas a:

Agilizar trámites y atención al paciente

Garantizar la calidad del Servicio

Telemedicina y ayuda al diagnóstico

Facilitar el control de los procesos

Apoyar la gerencia y la administración.

## **ASPECTOS RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. DISCIPLINA LABORAL.**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

A partir de la mitad de la década de los años 90 se hace evidente que ha habido un cambio progresivo en la Organización de nuestro Sistema Nacional de Salud, donde su compromiso ha sido el de alcanzar la meta de “Salud para Todos”

Esta etapa ha constituido un reto para los trabajadores del sector Salud, y se ha avanzado en el cumplimiento de los objetivos acorde con las necesidades de la población y tendencias del sistema sanitario, especialmente vinculado a la Atención Primaria de Salud.

No obstante por la importancia que tiene el recurso humano en el sistema de salud, exige la necesidad de incluir en este tema aspectos relacionados con la gerencia de los recursos humanos en materia de disciplina laboral, teniendo como aspecto fundamental el aprovechamiento de la jornada laboral.

La próxima emisión del Reglamento Interno sobre Idoneidad, implica la derogación del actual Decreto Ley 113, sobre la disciplina laboral de los centros asistenciales y comenzará la aplicación del Decreto Ley 176 sobre la Idoneidad, documento que los Directores de Policlínicos deben dominar para identificar cual es el papel de este Reglamento Disciplinario, lo cual propicia su correcta aplicación.

### **CONCEPTUALIZACIÓN**

Si se considera que en un servicio de salud los recursos humanos no son un recurso más, sino un sujeto protagonista en la atención, donde asume un papel de intermediario entre la población y el servicio, con una responsabilidad social ante la comunidad,

Con esta visión la gestión de los recursos humanos es una función de la dirección del servicio y no una actividad de oficina de personal, por lo que se hace necesario un proceso multidisciplinario encaminado al cumplimiento de los objetivos propuestos.

### **OBJETIVOS**

1. Lograr la excelencia de los servicios en la Atención Primaria de Salud elevando al máximo los niveles de atención a la comunidad con el óptimo aprovechamiento de la jornada laboral.
2. Utilizar de forma eficiente los recursos humanos en la Atención Primaria de Salud.
3. Contribuir a mejorar el grado de eficiencia y eficacia de la gestión administrativa a través del conocimiento y uso adecuado de los recursos humanos.
4. Contribuir al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud.
5. Identificar oportunamente algunos problemas en la Atención Primaria relacionado con los recursos humanos.

### **METODOLOGÍA E IMPLEMENTACIÓN**

- Los Vicedirectores, Jefes de GBT y Jefes de Departamentos tienen la responsabilidad de programar las Licencias, vacaciones y tomar decisiones administrativas con el visto bueno del Director debiendo informar al departamento de Recursos Humanos del Centro.
- Garantizar la disciplina y la aplicación de las sanciones que por violaciones de la disciplina laboral establece el Decreto Ley vigente y promover su conocimiento y aplicación en los trabajadores.
- Controlar la disciplina Laboral y el cumplimiento de los Reglamentos y disposiciones de la Dirección del Centro y el MINSAP.
- Garantizar y controlar la asistencia a las actividades programadas según el Plan de Trabajo.
- Conducir la Evaluación Integral del desempeño y Competencia de los médicos y enfermera de la familia y resto del personal técnico junto a los profesores y supervisores.

- Los Vicedirectores, Jefes de GBT y Jefes de Departamentos garantizarán la correcta utilización de los recursos humanos.
- Evaluar por parte de la Dirección de forma sistemática la emisión de Certificados Médicos a los trabajadores del Centro
- Velar por el cumplimiento de las disposiciones legales que rigen las hojas de cargo del médico y enfermera de la familia.

#### CONTROL Y EVALUACIÓN

Desarrollar estudios sobre la fuerza de trabajo en el sector.

Explorar el grado de satisfacción de la población perteneciente al Área de Salud.

Revisar mensualmente los controles y documentación a llevar por los jefes de departamentos y jefes de GBT relacionados con la actividad de Recursos Humanos.

Ver Anexo



## **MEDICINA NATURAL Y TRADICIONAL**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

Se incrementa el uso y aplicación de los diferentes métodos y técnicas de medicina tradicional y natural por parte del personal de salud de la APS, así como los recursos humanos capacitados. En el perfeccionamiento de la Atención Primaria se hace necesario consolidar lo alcanzado y producir un aumento de la calidad.

### **CONCEPTUALIZACIÓN**

La medicina tradicional y natural es un conjunto de actividades que incluye métodos y técnicas terapéuticas que abarcan entre otras las modalidades de medicina tradicional asiática, medicina herbolaria, apiterapia, uso de agua mineral medicinales, homeopatía, fangoterapia, ozono y otras para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

### **PROPÓSITO**

- Elevar la calidad de la atención médica que se brinda a la población logrando el empleo de procedimientos eficaces en sustitución o en combinación con medicamentos o formulaciones industriales.
- Elevar el conocimiento y extensión del uso, dominio de nuestros técnicos y profesionales sobre la medicina tradicional y natural.
- Estimular el uso de la medicina tradicional y natural desde las actividades docentes en pre y postgrado en cualquier nivel de formación y asistencia médica.

### **ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU INSTRUMENTACIÓN**

Capacitar al personal en la práctica de estas técnicas o métodos terapéuticos, considerar capacitados en MNT quienes hayan recibido al menos el curso básico acreditado por la Facultad de Ciencias Médicas correspondiente.

Desarrollar investigaciones que permitan demostrar la eficacia de estas técnicas con el uso de otras terapéuticas.

Lograr la participación interdisciplinaria e intersectorial en el uso de estas técnicas.

Presencia estable de los medicamentos de origen natural en las farmacias de acuerdo con la morbilidad del área.

Lograr la participación activa de la comunidad en la creación de huertos comunitarios de plantas o en el establecimiento de registros de la existencia de estas plantas en la comunidad.

Garantizar los recursos materiales para la extensión de esta práctica.

Crear un centro de desarrollo municipal para el tratamiento y la capacitación.

Crear un departamento o servicio especializado a nivel de los policlínicos para la aplicación de las diferentes técnicas combinadas con otros servicios afines: fisioterapia, Fangoterapia y otras terapias naturales.

### **CONTROL Y EVALUACIÓN**

Los profesores de los GBT verificarán las indicaciones de medicina tradicional y natural en sus visitas a los consultorios.

Los comités farmacoterapéuticos analizarán el comportamiento de la medicina tradicional y natural teniendo los elementos siguientes: producción, distribución, indicación, consumo y reacciones colaterales.

Disminución del consumo de medicamentos sintéticos y del reporte de reacciones colaterales y efectos indeseables de los mismos, utilizando el Programa de sustitución de medicamentos.

Aumento del consumo de api y fitofármacos.

Aumento del número de pacientes atendidos en las consultas especializadas, de urgencia, o por parte de otros médicos con estos métodos.

## UTILIZACIÓN DE LA GUÍA DE EVALUACIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE LA DIRECTIVA 26/95. PREPARACIÓN DE LOS EQUIPOS DE DIRECCIÓN

### SITUACIÓN ACTUAL

El proceso de descentralización que desarrolla el SNS como parte de la política del estado cubano y en consecuencia el fortalecimiento de la APS, espacio donde se desarrolla la estrategia principal del sistema, trae consigo que las funciones a este nivel sean cada día más decisivas para el sistema.

El policlínico es el centro operativo y de control del desempeño de la APS y la unidad básica de este nivel de atención.

Para responder al desarrollo de las complejas funciones del policlínico, se ha venido adecuando la estructura de estas unidades. Sin embargo un alto por ciento de los directores, Vicedirectores y jefes de GBT son especialistas muy jóvenes, sin ninguna preparación previa. Por estas razones ha sido identificada una gran reserva de calidad en los aspectos de preparación, organización y funcionamiento así como de evaluación de los equipos de dirección a este nivel.

### PROPÓSITOS

Lograr que el desempeño de los equipos de dirección devenga fortaleza importante para los resultados del sistema a este importante nivel.

### OBJETIVOS

Garantizar una selección adecuada de los miembros de los equipos de dirección a este nivel.

Lograr un sistema de preparación que cubra los 5 perfiles de la política de cuadros y responda a las exigencias del desempeño y las necesidades individuales.

Mejorar el sistema de evaluación.

### ACCIONES Y METODOLOGÍAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN

Sobre la selección: Además de los requisitos que se establecen por el estado y el sistema para ocupar responsabilidades de dirección, es conveniente considerar *requisitos mínimos o básicos* para formar parte de los equipos de dirección del policlínico.

Director del área de salud

Autoridad moral, política, ética, técnica y científica

Con relación a la categoría profesional:

Médico especialista de 2 años de ejercicio como mínimo

Licenciada en Enfermería, Master en Atención Primaria, con demostradas condiciones excepcionales demostradas a través del desempeño en la pirámide de dirección del área de salud. El nivel de consulta y aprobación para desencadenar el proceso de cuadro en este caso son los Departamentos Provinciales de Enfermería y Atención Primaria.

Licenciada en Psicología, especialista en psicología de la salud, Master en Atención Primaria y con resultados de trabajo en el grupo básico de donde proviene. El nivel de consulta y aprobación para desencadenar el proceso de cuadro en este caso son los Departamentos Provinciales de Atención Primaria y el área de especialidades.

6 meses como mínimo en la reserva para el cargo

Categoría docente o requisitos para la misma

Curso básico de Gerencia de Calidad en Atención Primaria, en el caso de cumplir todos los requisitos, este no será invalidante. Se dará un plazo de un año para recibir el curso.

Otros miembros del equipo de dirección

Autoridad moral, política, ética, técnica y científica

Especialista de 1 año de ejercicio como mínimo

6 meses como mínimo en la reserva para el cargo

En el caso del Vicedirector Docente debe poseer categoría docente o requisitos para la misma.

Conocimientos básicos gerenciales en función de su perfil de desempeño de acuerdo a la Metodología Nacional.

Jefe de Grupo Básico de Trabajo

Especialista de preferencia MGI, con sobrada autoridad técnica, científica, moral y política.

Categoría docente o requisitos para la misma.

Curso básico de Gerencia de Calidad en Atención Primaria, en el caso de cumplir todos los requisitos, este no será invalidante. Se dará un plazo de un año para recibir el curso.

Incluir esta responsabilidad en la categoría de dirigente, con las prerrogativas que esto implica.

Sobre la preparación: Sobre la base de lo establecido en la política de cuadros del estado la preparación tiene en cuenta 5 perfiles o ejes (técnico-profesional, económico, político-ideológico, defensa y gerencial. Este espacio tiene interés en acotar algunos aspectos relacionados con el eje gerencial.

La preparación se concibe como un sistema y como un proceso.

Es necesario realizar un diagnóstico del **equipo** de dirección y de sus **miembros** que permita identificar las necesidades de aprendizaje.

El plan de preparación gerencial debe ser capaz de crear las competencias necesarias en función del desempeño y las necesidades individuales de aprendizaje previamente diagnosticadas.

Cada lugar definirá en función de sus condiciones y necesidades las formas de preparación pertinentes para sus equipos y miembros.

La Escuela Nacional de Salud Pública y en particular las facultades en sus departamentos de MGI son responsables de crear las condiciones para satisfacer esta demanda.

Sobre la evaluación: Lo referente a este aspecto está debidamente establecido en la política y reglamento de cuadros.

## **ORGANIZACIÓN Y CONDUCCIÓN DEL PROCESO DE ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DEL PRESUPUESTO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD.**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

Al presupuesto debe la importancia que requiere en sus etapas de formulación y ejecución, no es el centro del acontecer económico de las unidades, su control y análisis es insuficiente, aunque se aprecia una discreta mejoría en la participación de las direcciones de las unidades en esta actividad.

### **CONCEPTUALIZACIÓN**

El presupuesto del Estado constituye el Plan Financiero fundamental para la formación y utilización del fondo centralizado de recursos financieros, a través del cual se distribuye y redistribuye una parte sustancial del producto interno bruto destinado al fomento de la economía nacional, al incremento del bienestar material y cultural de la sociedad, a la defensa nacional y al funcionamiento de los órganos y organismos del estado. Es la vía para el financiamiento de las actividades que desarrolla la unidad constituyendo el plan de gastos corrientes.

### **PRINCIPIOS**

- El documento principal que rige la actividad presupuestada es la Ley 29 de fecha 03-07-80 denominada Ley Orgánica del Sistema Presupuestario del Estado, la cual está vigente desde el año 1980.
- A nivel de las instituciones de salud, el presupuesto asignado constituye el límite máximo de gastos a incurrir en el año.
- Así mismo debe cumplirse los ingresos previstos tomando el plan de éstos como límite mínimo.
- La disciplina en la ejecución del presupuesto es un factor determinante en el equilibrio financiero de la economía interna.
- Desagregar y controlar el presupuesto a nivel de centros de pagos y/o de costos de forma tal que todos los ejecutores respondan por el cumplimiento de ingresos y gastos.
- Aplicar rigurosamente la política de gratuidades establecidas.
- No aceptar compromisos de pagos que no están debidamente contemplados en el presupuesto aprobado.
- Garantizar a las unidades presupuestadas, la asignación de disponibilidad en las etapas previstas a fin de cumplir las obligaciones de pago.

### **ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN**

La metodología para la elaboración y control del presupuesto es establecida por el Ministerio de Finanzas y Precios mediante sus manuales de "Finanzas al Día " y es complementada por indicaciones que emite el Ministro de Salud Pública y la Dirección de Finanzas de los O.L.P.P.

Son tareas a desarrollar las siguientes:

A nivel del área económica de la entidad, crear de inmediato las condiciones que garanticen la exacta medición de los hechos económicos y financieros mediante una contabilidad precisa y oportuna.

Aplicar las indicaciones metodológicas especialmente orientadas a lograr una mayor racionalidad de los gastos.

Aplicar de inmediato las orientaciones bajadas a través de circulares, instrucciones, etc., por todas las instancias superiores.

Conocer y controlar sistemáticamente el presupuesto notificado, tanto en "salario" como en "otros gastos".

Elaborar y presentar un informe contentivo sobre las discrepancias a la Cifras Directivas Notificadas cuando las mismas estén por debajo a las cifras solicitadas en el Anteproyecto de Presupuesto.

Elaborar y presentar al Consejo de Dirección de la Unidad el "Informe de Ejecución del Presupuesto" mensualmente, para su análisis, discusión y toma de medidas, en aras de mejorar y hacer corresponder la ejecución al nivel de actividad esperado.

Cuando la ejecución del presupuesto muestre un exceso y la misma responda a un incremento del nivel de actividad no planificado, comunicar de inmediato al nivel superior la necesidad de recursos financieros para cubrir el déficit que se ha producido.

Tomar como base para la solicitud de una Modificación Presupuestaria, los factores que dieron lugar a un exceso de ejecución de presupuesto y presentar al nivel inmediato superior en o antes del 1ro. de septiembre, la citada modificación presupuestaria.

## EVALUACIÓN

Vigilancia permanente del consumo de portadores energético.

Comprobar la aplicación de índices de consumos institucionales de productos fundamentales y/o de mayor empleo.

Analizar los niveles de inventario para identificar adquisiciones de productos en exceso o de poco movimiento.

Verificar el control sobre las donaciones que llegan al centro por cualquiera de las vías de suministros o entrega.

## **PROCESO DE ESTERILIZACIÓN EN CONSULTORIO DEL MÉDICO Y ENFERMERA DE LA FAMILIA**

### **SITUACIÓN ACTUAL:**

En diferentes controles realizados a las Áreas de Salud en el país, se han identificado problemas que pueden interferir en la calidad del Proceso de Esterilización a nivel del Consultorio del Médico y Enfermera de la Familia, por no aplicarse correctamente las orientaciones sobre los diferentes procedimientos y no contar en cada uno de ellos con los recursos necesarios.

### **CONCEPTUALIZACIÓN:**

El proceso de Esterilización a nivel del consultorio se realiza a todo material usado en maniobras semi críticas y no críticas, este proceso es realizado por la Enfermera que está entrenada para realizarlo, cumpliendo todos los pasos del proceso como son: la descontaminación, limpieza, desinfección, secado, engrase, empaquetado, clasificación, esterilización y almacenaje, asegurando resultados confiables y en consecuencia la reducción de riesgo de enfermedades en la comunidad.

### ***DESCONTAMINACIÓN***

#### Consultorio Médico:

##### Jeringuillas y agujas:

Pre lavado (manual): Consiste en la acción mecánica de enjuagar con agua solamente para eliminar los restos de sangre y materia orgánica. Debe realizarse inmediatamente después de utilizar el material. Mantenerlos en el recipiente protegido hasta el momento de la descontaminación.

##### Instrumental:

Se sumergirá en agua con detergente el tiempo establecido hasta una hora, para evitar que la materia orgánica y soluciones medicamentosas se adhieran al instrumental. Colocarlo en la solución jabonosa inmediatamente después de su utilización y mantener el recipiente protegido hasta el momento de comenzar su proceso de fregado.

### ***PROCESO DE PRE ESTERILIZACIÓN***

#### Después de la descontaminación se procederá a:

Fregado

Secado

Clasificación

Empaquetamiento

Fecha de esterilización

Iniciales del procesador y fecha

### ***PROCESO DE ESTERILIZACIÓN***

Colocación de la carga de acuerdo a las normas establecidas

Colocación de paquete de prueba según indicadores para el control de la esterilización.

Tiempo de esterilización de acuerdo al material a esterilizar.

Uso de bioindicadores para el control de esterilización de acuerdo a las orientaciones establecidas.  
Mantenimiento periódico de las autoclaves con su tarjeta control de los mismos, por electromedicina.  
Limpieza periódica del autoclave, por el operador.

### ***PROCESO DE POST ESTERILIZACIÓN***

Almacenamiento y conservación del material estéril

Vitrinas de cristal y de acero inoxidable herméticos. Se conservará el material hasta 7 días siempre que no haya sido manipulado.

Vitrina de otro material que no permita el lavado diario, hasta 72 horas.

Si no existe ni la primera ni la segunda condición, la esterilización será diaria.

Si el consultorio no posee equipos de esterilización se procederá de la siguiente forma:

#### En el consultorio

Se realizará el proceso de pre esterilización

Se trasladará a la central de esterilización del área donde se realizará el proceso de esterilización.

Se trasladará en bolso de tela o nylon al área de esterilización designada.

#### Traslado del material estéril al consultorio

Se trasladará en bolsos de tela doble o sacos de nylon, hule herméticos.

Este proceder debe realizarlo un personal entrenado para esta función para garantizar la permanencia de la enfermera en el consultorio.

El traslado se realizará cumpliendo las normas de transportación de material estéril.

### **CONTROL**

Verificar en las visitas de supervisión efectuadas por el Equipo de la Dirección de Enfermería, Grupo Básico de Trabajo, Municipio, Provincia y Nivel nacional, el cumplimiento del proceso de esterilización, en cada uno de los consultorios.

### **EVALUACIÓN**

Mensual, trimestral y anual a través del cumplimiento de las acciones metodológicas establecidas para garantizar el proceso de esterilización.

#### **Maniobras semi-críticas**

Son aquellas que contactan con las mucosas o penetran a través de orificios naturales.

#### **Maniobras no críticas**

Son aquellas que están en contacto con la piel intacta.

## **GUÍA CONTROL DE CALIDAD DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN**

### **I. Proceso de Pre Esterilización**

Materiales y equipos necesarios para realizar el proceso de pre esterilización .

Descontaminación  
Fregado  
Secado  
Clasificación  
Manipulación  
Empaquetamiento

Mediante muestreo verificar:

Limpieza y estado de jeringuillas, agujas e instrumental  
Contenido de las bandejas /cumplimiento de lo normado para cada set)  
Fecha de esterilización  
Iniciales del procesador y fecha

Organización y limpieza

### **II. Proceso de Esterilización**

Evaluar donde están instalados los equipos para esterilizar  
Cumplimiento flujograma de esterilización  
Acomodo de carga  
Tiempo de esterilización  
Funcionamiento y operación de los equipos  
Realizar control de los paquetes de prueba según indicadores para el control de la esterilización.  
Comprobar limpieza y mantenimiento de las autoclaves y hornos.  
Comprobar mantenimiento periódico de las autoclaves por electromedicina (Tarjeta de control de visita)

### **III. Proceso de post esterilización**

Verificar si el área estéril cumple con los requisitos de almacenaje.  
Evaluar condiciones del almacenaje del material estéril.  
Comprobar tiempo de almacenaje.  
Cumplimiento de las normas de área restringida.  
Muestreo del material estéril, (selección de set para muestreo).  
Comprobar si se cumplen los procesos pre esterilización y esterilización.  
Verificar normas de manipulación del material estéril.



## ANEXO

### **ALGUNOS ASPECTOS A CONSIDERAR PARA LA CAPACITACIÓN DEL TRABAJADOR DEL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN**

GENERALIDADES	PROCESO EDUCATIVO
Reglamento para todo el personal de las Centrales de Esterilización.	Conferencia
Determinación de las áreas en la Central de Esterilización	Demostrativo
Importancia de las áreas restringidas. Flujograma. Su cumplimiento.	
Normas de higienización para la central de esterilización en sus diferentes áreas:	Conferencia. Demostrativo.
Preparación del material	
Lencería	
Área sucia	
Área almacenamiento del material estéril.	
Conceptos de: Asepsia, antisepsia, desinfección, descontaminación, limpieza y esterilización.	Conferencia
Técnica del lavado de manos	Demostrativo
Política de uso de los agentes esterilizantes, desinfectantes y antisépticos.	Conferencia
<b>CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS:</b>	
<b>A) Área sucia</b>	
Controlar la recepción del material sucio por salas y departamentos	Demostrativo
Realizar proceso de descontaminación, desinfección, fregado, preparación del material, empaquetamiento.	Demostrativo
Realizar proceso de pre esterilización	Demostrativo
a) Preparación de jeringuillas	
b) Preparación de agujas.	
c) Preparación de material de goma	
d) Preparación lencería.	
e) Preparación de set de instrumental	
<b>B) Área de autoclaves</b>	
Tipos esterilización	Conferencia
Autoclave vapor y eléctrico	
Horno	
Acomodo carga	Demostrativo
Colocación de cubetas y paquetes para la carga del autoclave.	
Funcionamiento y operación de las autoclaves.	
Tiempo de esterilización	
Uso de indicadores para el control de esterilización.	
Importancia de la limpieza y mantenimiento de las autoclaves y hornos	Conferencia. Demostrativo

Exigencias del mantenimiento periódico de las autoclaves.

Conferencia.

C) Áreas almacenamiento del material estéril.

Estructura, componentes y muebles del área. Climatización

Uso batas y botas en el área, fundamentación.

Almacenamiento del material estéril (paquete de pruebas)

Normas establecidas para la transportación del material estéril.

Limpieza, desinfección concurrente y terminal

Conferencia

Demostrativo

Demostrativo.

Conferencia

Demostrativo.

ANEXO

### **OPERACIÓN Y LIMPIEZA DE LAS AUTOCLAVES CON CICLOS AUTOMÁTICOS Y BOMBA DE VACIO TALES COMO: FOA-30 Y FBAS - 6**

#### **ó SIMILARES**

#### MATERIALES NECESARIOS:

Agua con detergente o agua jabonosa

Cepillo o escobilla

Paño limpio que no desprenda residuos.

Aceite mineral

Alcohol etílico

#### OPERACIONES:

Abrir la válvula de entrada de vapor y agua del equipo.

Acondicionar el interruptor de energía eléctrica (línea)

Esperar que la aguja del manómetro de la cara exterior (jacket) colocada en la parte superior derecha del panel de control, se estabilice. Será correcta cualquier lectura entre 1 y 2 kg/cm cuadrado.

En caso de que la aguja del manómetro sobrepase la línea roja (2.2 kg/cm cuadrado) se cerrará la válvula de vapor, se desconectará eléctricamente el equipo y se reportará para su reparación.

Se procederá a cargar el equipo después alcanzada la presión de trabajo, cierre la puerta sin ajustarla en exceso.

Ajuste el Timer y el Termostato del equipo de acuerdo con los materiales a esterilizar.

El timer se ajusta siguiendo las indicaciones la escala interior marcada 60 Hz.

Poner el selector de secado en la correcta posición teniendo en cuenta que el mismo tiene seis posiciones que son las siguientes:

Secado normal para trabajo a plena carga del equipo.

Secado FLAHS para trabajo con 2 ó 3 paquetes en el interior su cara.

Secado normal para trabajo a plena carga del equipo.

LÍQUIDOS: Sólo para la esterilización de agua.

PASS: Solo para esterilizaciones de materiales que no necesitan secado. Por ejemplo: pomos vacíos, virado boca abajo o esterilización de instrumentos sucios en recipientes con agua procedentes de cirugía séptica. Comprobación del sistema eléctrico total o salida en caso de emergencia de cualquier paso para retornar a prepararlo.

Se presionará el botón de arranque hasta que se apague el indicador de PREPARACIÓN.

Si durante esta etapa de funcionamiento ocurriera algún tipo de interrupción (servicio eléctrico o disminuyera la presión del vapor) la aguja del temporizador retornará automáticamente a cero, comenzando a funcionar sólo cuando se alcanzara nuevamente la temperatura de trabajo o se establezca el servicio eléctrico.

Se esperará hasta que suene la alarma indicando el fin del proceso, antes de abrir la puerta se observará que el manómetro de la cámara se encuentre en cero.

La puerta se abrirá lentamente y se extraerá el contenedor utilizando guantes o paños estériles adecuados.

Si va a continuar esterilizando se repetirán todos los pasos anteriores.

Una vez concluida las esterilizaciones diarias, se cerrará la llave de vapor y entrada de agua, así como se desconectará el suministro eléctrico y se dejará la puerta entornada.

En caso que los equipos que poseen autocalderas, si se desea trabajar con la misma, se cerrará o verificará que la llave del vapor esté cerrada y la del agua esté abierta, se procederá a encender la autocaldera en el interruptor de abajo del equipo, abriendo la puerta del mismo y colocándolo en ON, será el mismo procedimiento para su puesta en marcha.

En caso que el equipo presente alguna anomalía en cualquiera de sus etapas, apagar el equipo y reportarlo inmediatamente a electromedicina.

Está prohibido esterilizar en este autoclave los siguientes artículos:

Grasas, vendas furacinadas, vendas vaselinadas.

Talcos

Solución salina

Medios de cultivo

Materias contenidas en frascos herméticamente cerrados.

Material termolabil.

#### OPERACIÓN PARA LA LIMPIEZA:

La limpieza se realizará semanalmente.

Se limpia cuidadosamente el interior de la cara estando el equipo frío.

La cara y puertas del autoclave se limpiará con agua con detergente o agua jabonosa con una escobilla o cepillo.

Enjuagar con agua limpia y secar con un paño seco y limpio.

Poner especial cuidado en la limpieza del filtro de la cara.

Se realizará el mismo procedimiento de limpieza a los carros contenedores.

Limpiar el exterior del equipo con un paño ligeramente impregnado en aceite mineral, evitando tocar la junta de la puerta, si esto ocurriera accidentalmente se limpiará la goma con un paño impregnado en alcohol etílico natural hasta asegurarse haber retirado la grasa.

Cualquier anomalía o irregularidad en su funcionamiento, así como alguna oxidación o corrosión de la cara, manchas que no se desprenden durante el proceso de limpieza se reportará a electromedicina para su reparación.

#### **RESPONSABILIDAD DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL ÁREA DE SALUD**

Controlar la calidad de los equipos de esterilización química y por calor húmedo (cámaras de E/O y autoclaves de vapor) de forma semanal.

Empleo de CONTROL BIOLÓGICO MIXTO EO/VAPOR (ámpula con medio de cultivo dentro).

PROCEDIMIENTOS PARA EL USO DE INDICADOR BIOLÓGICO UTILIZADO EN AUTOCLAVE DE VAPOR (Frasco de cristal de 5ml) fabricado en el Instituto "Finlay" Cuba.

Para el uso en AUTOCLAVE DE VAPOR (a 121 ó 133°C con vacío y sin vacío) deben emplearse los siguientes paquetes de prueba:

Set de guantes (colocar frasco en el dedo del medio)

Set de jeringuillas (colocar el frasco dentro de la jeringuilla)

La muestra se llevará al laboratorio de microbiología del CPHE, encargado de controlar la calidad del proceso de esterilización.

Controlar la calidad de los equipos de esterilización por calor seco (hornos) de forma semanal empleando el indicador biológico UNISPORE de la Castle-Getinge.

Hornos para la esterilización de TALCOS, GRASAS, ACEITES en las Centrales de Esterilización en el Área de salud.

Paquete de Prueba-Bandeja con paquetes de 5 g de talco ó bandejas con 2 cm de espesor de talco, 2 controles en cada tanda.

Enviar al Laboratorio de Microbiología encargado de controlar el proceso de esterilización.

## **REGULACIONES A LA PRESCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS PARA LOS MÉDICOS DE FAMILIA**

En los últimos años se ha venido emitiendo regulaciones para la prescripción de algunos fármacos, los cuales por la indicación que tienen, deben ser utilizados sólo por determinados especialistas.

Los médicos de familia pueden prescribir todos los medicamentos que circulan en las farmacias del Sistema Nacional de Salud excepto los que a continuación se relacionan:

### **MEDICAMENTOS QUE SE PRESCRIBEN POR TARJETA CONTROL.**

Antes del Programa Nacional de Medicamentos de 1991 estaban regulados

1- Trihexifenidilo de 2 y 5 mg. Tab. (Uso en el Mal de Parkinson y algunas afecciones extrapiramidales para Neumólogos, Neurocirujanos, Internistas y Psiquiatras.)  
Melagenina Loción (Uso en el Vitiligo. Dermatólogos).

A partir de 1991 se regularon los siguientes:

Timolol 0,25 y 0,5 % Colirio  
Pilocarpina 2 y 4 % Colirio

(Antiglaucomatosos. Indicación y seguimiento de los pacientes por Oftalmólogos).

Penicilina tab.

(Indicación en enfermedad de Wilson. Medicina Interna, Neurología, Pediatría y Gastroenterología).

Valproato de Sodio 125 mg/5 ml. Jarabe x 120 ml

(Indicación de algunas epilepsias. Neumólogos. Neurocirujanos y Pediatras con dedicación a Neumología).

Valproato de Magnesio 190 mg/tab x 40 tab.

(Idem al anterior).

Desmopresina (adiuretín) gotas nasales Fco x 5 ml.

(Indicación en Diabetes insípida. Endocrinología).

Fludocortisona 0.1 mg tab.

(Enfermedad de Addison y otras endocrinopatías. Endocrinólogos).

Salazosulfapiridina 0,5 grs. Tab.

Salazosulfapiridina H.C. supositorios

(Ambas se indican en la enfermedad de Crohn y otras inflamaciones intestinales. Gastroenterólogos.)

### **MEDICAMENTOS POR RECETA MÉDICA**

Las cremas y ungüentos de uso doméstico han estado muy limitados en los últimos años y su situación actual, aunque es mejor, no logra satisfacer la demanda.

Por tal motivo se han regulado algunas presentaciones para uso sólo del dermatólogo, el resto pueden ser prescritos por todos los facultativos. Son ellas:

1,2) Ketoconazol y Miconazol Crema. Ambos de uso como antifúngicos. Los otros antifúngicos pueden ser prescritos por todos los médicos: Tolnaftato 1 % , Nistatina, Clotrimazol 1 % y Whitfield con azufre.

3) Neoprednín Ungüento. Antibiótico y antiinflamatorio de uso tópico. El resto del grupo farmacológico pueden ser prescritos por todos los médicos: Bacitracina ungüento, Gentamicina 1 % crema, Neomicina 0,5 % y Neobatín ungüento.

Clobetazol Crema. Esteroide de uso tópico. El resto:

Triancinolona 0,1 y Clioquinol HC en crema lo pueden prescribir todos los médicos.

Los fármacos antipsicóticos son de manejo de los psiquiatras habida cuenta que el seguimiento de los pacientes es especializado, por lo tanto se regularon para uso exclusivo de Psiquiatría.

Flufenazina 2,5 tab.

Levomaprezina 25 mg tab.

Tioridazina 25 mg tab.

Pimozida de 1 y 4 mg tab.

Dibenzepina 0,24 grs tab.

Haloperidol 1,5 tab.

De igual forma se reservó para uso del psiquiatra infantil.

Metilfenidato 10 mg. Tab. (desorden hiperactivo con déficit de atención).

Resumiendo, los médicos de familia solamente no pueden prescribir directamente 11 medicamentos de tarjeta control y 11 de receta médica de los 370 que se utilizan en la atención ambulatoria y se venden en la red de farmacias del país.

## **RESUMEN DEL PROGRAMA NACIONAL DE MEDICAMENTOS Y LA ESTRATEGIA DE LA FARMACOEPIDEMIOLOGÍA DIRIGIDA A LOS FACULTATIVOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

El Programa Nacional de Medicamentos (PNM) y la Estrategia de la Farmacoepidemiología constituyen documentos rectores para la acción, en el área de los medicamentos del Sistema Nacional de Salud.

El resumen que a continuación redactamos, constituye los aspectos metodológicos más relevantes, que deben conocer y realizar, los prescriptores que se desempeñan en la atención primaria de salud.

### ***PRESCRIPCIÓN.***

#### **METODOLOGÍA PARA EL CONTROL DE LA PRESCRIPCIÓN**

La prescripción médica es un acto científico, ético y legal por medio del cual el facultativo modifica el curso natural de una enfermedad o ejerce una acción de prevención. Su ejercicio responsabiliza al prescriptor con las consecuencias médicas, sociales y económicas que ocurran con esta intervención.

Las funciones y tareas básicas a ejecutar en este aspecto son:

1. Controlar la entrega de recetarios
  - 1.1. La dirección de la unidad recibirá los recetarios y entregará cantidades diferenciadas a los facultativos según volumen de la actividad asistencial que desempeña.
  - 1.2. Analizar en los servicios, departamentos, consultorios y unidades asistenciales el gasto de recetas por médico según volumen de la actividad y período de tiempo.
  - 1.3. Prohibir el uso del modelo de receta médica (53-05-1) para otros fines que no sea la prescripción.
2. Controlar los cuños
  - 2.1. Mantener actualizado el control de la tenencia de los cuños de identificación de los facultativos retirando los mismos cuando dejen de prestar servicios en el territorio por largos períodos (misiones de cooperación) o definitivamente (salida definitiva del país, fallecimiento).
3. Regular algunas prescripciones
  - 3.1. Garantizar la información oportuna al personal facultativo de la disponibilidad de medicamentos circulantes.
  - 3.2. Exigir el llenado completo de todos los escaques de la receta significando la Historia Clínica ambulatoria o de la institución, cuando la prescripción sea por el servicio de urgencia, se pondrá en lugar del No. De H.C. (C.G.: Cuerpo de guardia) y lo registrará en la hoja de cargo. Cuando sea durante una visita a domicilio, pondrá en ese lugar una D: (domicilio)
  - 3.3. Toda receta debe ir acompañada de un método
  - 3.4. Los prescriptores indicarán en las recetas que emitan la cantidad del fármaco a dispensar por la farmacia, teniendo en cuenta el tipo de medicamento en cuestión, las pautas terapéuticas racionales para esa indica-

ción y el seguimiento que debe darle al paciente.

3.5. Reducir el tiempo de vigencia de la receta médica a 7 días los de consulta externa y a 48 horas los de urgencia.

3.6. El Nivel Central regulará los facultativos acreditados para prescribir determinados fármacos. Ej.: Pimozida 4 mg (oral) solo psiquiatras.

3.7. Establecer posologías máximas mensuales según tipos de medicamentos que se venden por tarjeta control.

Establecer los médicos facultados en la emisión de los certificados médicos para la adquisición de fármacos en función de su especialidad y tipo de medicamentos.

Las farmacias llevarán un registro de las incidencias que ocurran con la dispensación de fármacos que permita un control y retroalimentación de las funciones de prescripción y dispensación en coordinación con el área de salud.

#### 4. Controlar la prescripción

4.1. Mantener el monitoreo sistemático de recetas y certificados médicos a nivel de farmacias por el CFT del área u hospital vinculado así como por el CFT Municipal. El día del recibo y venta del pedido en las farmacias comunitarias, la dirección de la farmacia y del Policlínico profundizarán en el monitoreo de las recetas ya que es el período de mayor afluencia de público.

4.2. El Policlínico controlará los certificados médicos que se inscriban en las farmacias de su área, independientemente de donde se hayan emitido. Este análisis le permitirá evaluar la correspondencia con el cuadro de salud de su población y valorar la calidad terapéutica que reciben los pacientes de su población. El presidente del CFT Municipal discutirá con los Hospitales u otros Policlínicos cualquier irregularidad o falta de calidad de la prescripción que se detecte.

4.3. Prohibir la prescripción no basada en la decisión médica derivada del examen de un paciente y de su necesidad terapéutica (complacencia, autoprescripción injustificada).

El CFT Municipal se regirá para su desempeño por el reglamento de trabajo aprobado en la reunión metodológica de 1997 que abarca actividades gerenciales del Programa Nacional de Medicamentos, de capacitación y superación, de información científico-técnica, divulgación y el desarrollo de estudios de utilización de medicamentos e investigaciones de farmacoepidemiología y farmacovigilancia.

El CFT Municipal coordinará el diseño, aplicación y control de las políticas terapéuticas de las instituciones asistenciales subordinadas al territorio según los lineamientos para la confección de políticas terapéuticas aprobadas en la reunión metodológica de 1996.

4.6. El CFT del área de Salud tendrá a su cargo la adaptación y control del Programa Nacional de Medicamentos y el desarrollo de la estrategia de la Farmacoepidemiología en su territorio y funcionará según las directivas aprobadas en la reunión metodológica de 1998.

## **PRESCRIPCIÓN Y VENTA DE MEDICAMENTOS POR TARJETA CONTROL.**

### **EN EL POLICLÍNICO:**

Se le orientará a todos los prescriptores del área de salud que le informen a los pacientes que les expidan Certificado Médico para la compra de medicamentos de tarjeta-control, que pueden dirigirse DIRECTAMENTE a las farmacias de su lugar de residencia para inscribirse, sin tener que registrarlo en el Policlínico, SU LLENADO DEBE INCLUIR CON LETRA LEGIBLE SUS DATOS PERSONALES Y DE LA UNIDAD DÓNDE LABORA, ASÍ COMO EL CUÑO DEL REGISTRO PROFESIONAL. Se exceptúa la prescripción de TRIHEXIFENIDILO de 2 y 5 mg que mantendrá el procedimiento vigente.

De igual forma se le orientará a todos los trabajadores de las farmacias comunitarias de esta medida.

El director del Policlínico, diseñará el mecanismo y la periodicidad con que recoja la información de los pacientes inscritos en las farmacias de su territorio, que le permita conocer mensualmente la cantidad de pacientes inscritos en cada una de las farmacias que se dispensan por este procedimiento.

4. El Comité Farmacoterapéutico (CFT) del área de salud obtendrá la tasa de pacientes inscritos por cada uno de los medicamentos que se dispensan por este procedimiento, de su territorio, comparándolos con los obtenidos anteriormente, su tendencia y con los existentes en el Municipio, la Provincia y la Unión.

El CFT analizará las tasas y diseñará y aplicará las intervenciones que consideren necesario para su corrección, si fuera necesario.

En las reuniones mensuales de los GBT y los consejos de dirección, se analizará los certificados emitidos y el tipo de medicamento.

Cada GBT analizará mensualmente mediante la revisión de 5 Historias Clínicas y evaluará la prescripción del medicamento según entidad, posología y tiempo de duración del tratamiento. Además tendrá en cuenta en este análisis la calidad de la atención médica y los controles de la dispensarización.

El director del Policlínico analizará en su Consejo de Dirección los resultados del Comité Farmacoterapéutico. Tomará medidas necesarias en cualquier violación de lo establecido en el programa nacional de medicamentos, comunicando al nivel superior las medidas aplicadas con los violadores.

El Comité Farmacoterapéutico Municipal realizará mensualmente una evaluación integral del territorio en cuanto al cumplimiento establecido en el programa.

### **PROCEDIMIENTO PARA LA VENTA DE MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE TARJETA DE ADQUISICIÓN.**

1. El médico que atiende al paciente deberá emitir certificado médico donde se haga constar el diagnóstico y medicamento indicado con dosificación y posología. En un mismo certificado podrá prescribir más de un medicamento, aclarando siempre en cada uno de ellos dosificación y posología.

2. En este certificado deberá determinarse igualmente la duración del tratamiento de cada medicamento, es decir, el tiempo por el cual se prescribe, el que no será nunca mayor de un año.

3. El paciente presentará el certificado en la farmacia de su lugar de residencia para la compra de los mismos a fin de que se le emita el modelo 30-45 "Tarjeta de Adquisición de Medicamentos Controlados".

4. El responsable técnico de la farmacia emitirá la "Tarjeta de Adquisición de Medicamentos Controlados" cumplimentando todos los escaques de la misma de acuerdo a lo indicado por el médico, habilitando un sección para cada producto. Al certificado médico se le anotará el número de tarjeta a que corresponda archivándose por consultorio del Médico de Familia y por orden consecutivo. Si posteriormente se recibe



otro certificado para la misma tarjeta en uso deberá archivar-se adjunto al primero, habilitando en la misma los nuevos medicamentos prescritos siempre que haya espacio para ello.

5. Si de acuerdo a la cantidad de anotaciones efectuadas en la tarjeta por los despachos de un medicamento, la farmacia se ve precisada a habilitar otra sección de la misma o a emitir una nueva, debe poner en el escaque (fecha de emisión) la fecha que se consignó originalmente en la primera sección o tarjeta habilitada. En la sección que esté llena debe ponerse una observación o llamada que indique donde continuará anotando el producto. Siempre que haya una de las 5 secciones en blanco, se habilitarán para continuar las ventas o registrar un nuevo producto prescrito.
6. Antes de despachar un medicamento, debe revisarse el tarjetero de matrices para comprobar que el paciente esta inscripto para ese producto, así como la fecha, en la que expira la tarjeta a fin de verificar que el período indicado no concluyó.
7. Cuando un paciente adquiera la última dosis del producto de acuerdo a la duración del tratamiento, reflejada en la tarjeta, se le retirará la misma por la farmacia debiendo el paciente presentar un nuevo certificado para poder adquirir otra vez dicho medicamento.

Si la tarjeta se ha expedido por más de un producto, y solo se adquiere la última dosis de uno de ellos no se le retirará la tarjeta sino se pondrá sobre esta sección la palabra CANCELADO con un gomígrafo o bolígrafo.

Las tarjetas totalmente llenas o vencidas sin que contengan otros productos se le retiraran al paciente, archivándose en la unidad por 6 meses, transcurrido este tiempo será destruida conjuntamente con el o los certificados que la originaron.

8. A partir de la confección de la tarjeta el paciente solo podrá adquirir el medicamento en las farmacias donde está inscripto y de acuerdo a la posología indicada.
9. Un paciente al trasladarse de su lugar de residencia habitual podrá adquirir, previa la presentación de la tarjeta y el carnet de identidad en el lugar donde se encuentre, las dosis que requiera durante este tiempo. La unidad que venda este medicamento deberá revisar antes de proceder a la venta la fecha de la última venta.

Las deficiencias de las prescripciones para medicamentos regulados por tarjeta control (certificados) emitidos por facultativos de hospitales detectadas en las farmacias comunitarias, serán analizadas en el CFT del Área de Salud y remitidas a la FPM para que el presidente del CFT del Municipio las discuta con la dirección del Hospital correspondiente y lo informe al Grupo Provincial de Farmacoepidemiología, manteniendo registro de estos análisis.

Excepcionalmente, cuando un paciente se encuentre fuera de su lugar de residencia habitual y no haya llevado consigo la tarjeta podrá personarse en el Policlínico del área de salud donde está residiendo transitoriamente afín de que se le extienda un certificado médico autorizando la adquisición del producto para cubrir las necesidad del período de tiempo que va a estar en dicha localidad.

Al extraviársele la tarjeta al paciente, el mismo acudirá a la farmacia donde está inscripto, la cual teniendo en cuenta el certificado médico que debe tener archivado, y la fecha de expedición de la receta anterior, emitirá un duplicado. Este deberá tener en el escaque fecha de la emisión de la primera tarjeta haciendo válidas solamente las dosis a partir del día en que se confeccione la nueva. A esta nueva tarjeta se le consignará "DUPLICADO" en la parte superior.

Cuando un paciente, independientemente de las causas que lo originen, deja de adquirir un medicamento no tendrá derecho a adquirir las dosis que oportunamente no compró.

Se adecuará el número de dosis a vender de una sola vez, a la forma de presentación del producto, de modo tal que sea para el consumo entre 30 y 60 días, salvo que el adquiriente decida hacerlo para períodos más

cortos pero siempre que la presentación del producto lo permita.

El paciente inscrito que en un período de tres meses consecutivos no haya adquirido el medicamento por causas imputables a su responsabilidad se dará baja del listado, debiendo presentar un nuevo certificado médico para su reinscripción.

Cuando un paciente inscrito para la adquisición de medicamentos por tarjeta control cause baja por motivos no médicos: salida del país, traslado a otro territorio, fallecimiento u otros, el área de salud donde se atiende el paciente lo notificará cuando lo conozca a la farmacia donde está inscrito para que se proceda a la baja.

***SE MANTIENEN VIGENTES:***

Lineamientos para la confección de políticas terapéuticas (metodológica 96)

Reglamento del Comité Farmacoterapéutico municipal (metodológica 97)

Reglamento de Farmacia Principal Municipal como unidad rectora de la red de farmacias (1997)

Reglamento del Comité Farmacoterapéutico del área de salud (metodológica 98)

Desarrollo de la farmacoepidemiología Hospitalaria (metodológica 98)

## FARMACODIVULGACIÓN A PRESCRIPTORES SOBRE DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS

El Anexo 2 de la Estrategia de la Farmacoepidemiología define la misión del Comité Farmacoterapéutico del área de salud. Entre sus funciones establece: “Mantendrá informado a los prescriptores de la disponibilidad de medicamentos en la farmacia a ellos vinculada”. Esta función no se ejecuta con suficiente eficacia en el Sistema Nacional de Salud, aunque en el último año el porcentaje de recetas sin respaldo físico se redujo en 1,6% (4,9% a 3,3%).

### PROPÓSITO

Incrementar la eficacia de la información sobre disponibilidad de medicamentos de los prescriptores de APS, reduciendo el porcentaje de recetas sin respaldo físico.

### ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN

Debe quedar claro que la información sobre la disponibilidad de medicamentos de los prescriptores de la APS es una responsabilidad del DIRECTOR del Área de Salud.

EL DIRECTOR del Área de Salud implementará a través del responsable de medicamentos del área, el vicedirector de asistencia médica y las farmacias comunitarias de su territorio la forma en que los prescriptores deben informarse sobre la disponibilidad de medicamentos a prescribir.

El Director del Área de Salud diseñará un plan de información, que individualice la forma en que cada médico o grupo de médicos en Consultorios, Círculos Infantiles, centros de trabajo, escuelas, clínicas estomatológicas, otras instituciones y el propio Policlínico, recibirán la información, según las características geográficas y las condiciones del lugar y el territorio donde se desempeñe.

El plan de información definirá la vía (mensajeros, teléfonos, computadoras, visitas de y a la farmacia, entregas de guardia, reuniones de GBT y otros) y la periodicidad de la información señaladas en el epígrafe anterior.

La información debe abarcar como mínimo los siguientes grupos de medicamentos:

5.1 Medicamentos de tarjeta-control (59)

Medicamentos de Medicina Natural (40)

Medicamentos Químico- dispensariales (20)

Antibióticos, quimioterápicos y antiparasitarios.

Analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos.

Psicofármacos.

Antihistamínicos.

S. R. O.

6. Debe enfatizarse que la dirección del área de salud tiene que garantizar la información y el prescriptor está en la obligación de conocer la disponibilidad de medicamentos en la farmacia donde este vinculado.

### EVALUACIÓN

El Comité Farmacoterapéutico del área de salud evaluará mensualmente, la evolución de las recetas sin respaldo físico y adoptará las medidas pertinentes tendientes a su eliminación.

## **PERFECCIONAMIENTO DEL SUBSISTEMA DE URGENCIA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA.**

### **SITUACIÓN ACTUAL**

El SUAP ha desarrollado fundamentalmente la consulta de urgencia existiendo logros en casos vistos; pero no tiene aún toda la consolidación necesaria en las primeras acciones de emergencias, ni existe el suficiente avance en el socorrismo para incrementar la captación de éstos enfermos y desencadenar el sistema para bajar la letalidad. El control y regulación de ambulancias no es todavía el que se necesita

### **CONCEPTUALIZACIÓN**

Este Subsistema dirige la atención integral de urgencia de un municipio con sus diferentes unidades asistenciales de urgencia en la Atención Primaria, pequeños Hospitales Locales e Instituciones de Asistencia Social constituyendo una red bajo la dirección de la Coordinación de Urgencia Municipal, ubicada en la Unidad Principal de Urgencias en Policlínico(PPU), en Hospital Local o aislada(UPU). Esta coordinación rectoriza la actividad, controlando, regulando y coordinando las urgencias y las Ambulancias Municipales siendo el eslabón fundamental para demandar Ambulancias de Emergencia a la Coordinación Provincial.

### **MISIÓN**

La misión de este Subsistema es brindar la atención lo más próxima posible al paciente de manera precoz, eficaz, calificada, regionalizada y estratificada por prioridades, dependiendo del tipo de urgencia y eslabonándose desde allí hacia los diferentes niveles de atención, según las necesidades del paciente, para una mayor satisfacción y eficiencia, evitando traslados y gastos innecesarios. Por este objetivo se trabaja en incrementar la capacidad resolutive del Sistema cada vez más hacia la periferia.

### **PROPÓSITOS**

Elevar el nivel de satisfacción de la población con un servicio más cercano a sus viviendas y desplazando adecuadamente la demanda de urgencia y de urgencias sentidas dentro del SNS.

Disminuir la letalidad por patologías al mejorar e incrementar la capacitación y actuación precoz en las urgencias de primera y segunda prioridad aplicando protocolos específicos y activando la Emergencia cuando corresponda.

Elevar la preparación de médicos, enfermeros, paramédicos de APS y socorristas en conducta de urgencias para condiciones normales y desastres de todo tipo(organiza atención de víctimas en masa)

Trabajar por la consolidación del Programa de socorrismo.

Servir de base organizativa para el aseguramiento médico de la guerra de todo el pueblo.

Aplicación de la Medicina Natural-Tradicional con la Occidental en el SUAP como un método terapéutico más.

Ser una de las fuentes del ingreso domiciliario como programa de APS, disminuyendo los ingresos hospitalarios.

### **ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU IMPLEMENTACIÓN**

- I- Principios de Organización y Estructura
- II- Principios Funcionales.
- III - Principios en el Proceso de Atención en el SUAP-SIUM.
- IV- Principios para la Calidad del Servicio en el SUAP – SIUM
- V- Principios de la Coordinación de Urgencias Municipal
- VI- Principios para la Capacitación de Urgencia en el SUAP – SIUM.

## I. PRINCIPIOS DE ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA

La Unidad de Urgencias donde se encuentre la coordinación de Urgencia Municipal será el servicio de Urgencia de mayor capacidad resolutive de la red del Municipio.

La coordinación de Urgencia Municipal controlará todo el proceso de regulación de la Urgencia Municipal incluyendo Jefe de Guardia, Internista, Pediatra, Comunicaciones, Ambulancias para ejercer sus funciones hacia cada unidad de la red, incluyendo la propia unidad donde está.

El Municipio podrá desplegar Ambulancias de Urgencias en Unidades fuera de la Coordinación cuando el tiempo de rescate sea mayor de 10 minutos. Esto se irá cumpliendo según posibilidades económicas.

La red de Urgencias municipal se constituye según los servicios de Urgencia que necesite:

La unidad de Principal Urgencias ya sea en policlínico (PPU) hospital local o unidad aislada caracterizada por: Área de atención vital con sus medios, observación, enfermería, cirugía menor limpia y sucia con sus respectivos sets, laboratorio y Rx simple por 24 horas estomatología por 24 horas, área de consulta, área de estar y farmacia de urgencias aledañas.

Otros PPU (PPU de II categoría) los cuales no tendrían los recursos y actividades de coordinación de la urgencia municipal, la diferencia está en el laboratorio y el Rx funcionando como mínimo hasta las 10 PM y estomatología hasta las 8 PM en el policlínico o en una clínica estomatológica aledaña. Esta variante de PPU requiere primero aprobar la propuesta para iniciar su desarrollo y después acreditación. En ambos casos se hará de conjunto por el SIUM y APS Nacional.

SMUP: Servicios Médicos de Urgencias en Policlínicos (no cuenta con todos los requisitos PPU)

CMU: Consultorios Médicos de Urgencia en Consultorios del Médico de Familia u otra Institución o local (Escuelas, Hogares, Centros de trabajos, etc. con actividad 24 horas) donde se garantizan servicios con médicos y enfermeras, inyectables, aerosol y Apoyo Vital Básico (AVB) por 24 horas. El método de cómo garantizar las 24 horas será por decisiones locales.

CMUC: Consultorios Médico de Urgencia en Comunidades, los cuales estarán preparados con condiciones mínimas para esta. Un Batey o Comunidad distante al Policlínico que tenga de 1 a 4 Consultorios y uno de ellos se prepara para urgencia.

En un área urbana la población no vivirá a más de mil metros de un Servicio de Urgencia y toda comunidad rural estará protegida de un CMUC.

Según la dimensión de la comunidad rural se define el CMU o el CMUC para ejercer la Urgencia, siempre para las 24 horas.

Organizaciones especiales en el Sistema de Urgencias Municipal:

La coordinación de urgencias Municipal puede tener subordinado un Subsistema de Urgencias con posibilidades para la coordinación de Urgencias y rescate en Ambulancias en una zona específica por características geográficas desde el PPU designado a servicios de urgencia periféricos. Para desarrollar este Subsistema se necesita la aprobación conjunta del SIUM-APS Nacional y después la acreditación.

Cuando por necesidades de un Municipio y/o Municipios vecinos es imprescindible crear los principios del Subsistema de Emergencias (UCIE, Médicos Especializados, Ambulancias Intensivas) y la Coordinación de Urgencias Municipal en un PPU, UPU se le puede otorgar a esta unidad principal de urgencias la categoría de Centro de Urgencia y Emergencia. Para desarrollar esta idea se necesita la aprobación conjunta del SIUM-APS Nacional y después la acreditación.

## II- PRINCIPIOS FUNCIONALES

El programa de urgencia no puede distorsionar el Programa del Médico de Familia y debe detectar cuando por deficiencia de este se usa en exceso el Sistema de Urgencia.

Cada Municipio tendrá un responsable de la urgencia, su función es la de Coordinador de Urgencia Municipal (Jefe del SUAP-SIUM) y es el responsable de la red municipal mientras en cada Policlínico se designará uno de los médicos de la estancia como responsable directo del servicio de urgencia con la enfermera jefa.

El responsable de la estancia en la urgencia del Policlínico responde en cada unidad ante el Vicedirector de Asistencia médica por el servicio de urgencia.

En cada área de salud se atenderán los consultorios de Urgencia que están ubicados en dicha área.

Metodológicamente y como parte de la red está subordinado para el proceso de la regulación de las urgencias y las Ambulancias a la Coordinación de la Urgencia Municipal.

El Coordinador de Urgencia Municipal o Jefe del SUAP – SIUM tiene subordinación metodológica al Jefe del SIUM Provincial como red para la evaluación del proceso de atención integral al paciente, y administrativa al Vicedirector de asistencia del Municipio.

El Ingreso Domiciliario es una estrategia de APS, que debe funcionar estrechamente con el SUAP por ser una de sus fuentes.

Las Ambulancias Básicas y los vehículos ligeros vinculados a la asistencia son responsabilidad de la Coordinación Municipal de Urgencia, de la misma forma que las Ambulancias Intensivas son de la Emergencia independientemente a su ubicación dentro del municipio. Le corresponde al Jefe del SUAP-SIUM controlar, regular y coordinar el uso médico de estas según el reglamento, desde la Coordinación de Urgencia, a través de cada turno de trabajo, independientemente al punto de despliegue de la Ambulancia

El Aseguramiento Técnico Logístico corresponde al Complejo de Servicio, apoyándose en el técnico de explotación del transporte de la Coordinación de Urgencia Municipal que llevará los aspectos relacionados con la explotación del carro y control del mismo.

En cada Servicio de Urgencia estará la plancheta de despliegue para la atención masiva de heridos y/o intoxicados; así como las posibilidades de incremento de servicio por conversión de otros en cada unidad en situaciones excepcionales.

La Coordinación de Urgencia tendrá los planes y coordinaciones mediante Convenio con organismos extrasectoriales (PNR, Defensa civil, Bomberos) para las diferentes situaciones de desastre que puedan presentarse, la movilización de su personal, los grupos de actuación y el despliegue en el terreno; así como los móviles de otros organismos que se convertirían en Ambulancias en cada lugar.

### III- PRINCIPIOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL SUAP-SIUM.

Los niveles de acceso de la comunidad al Subsistema de Urgencia y grave del SNS (SIUM son tres):  
Socorristas.

Sistema de Urgencia primaria.

Servicio de Urgencia de hospitales.

Los profesionales de la salud con su código profesional (Médicos, Estomatólogos y Licenciados) deben socorrer a pacientes en cualquier lugar y podrán activar el subsistema de Emergencia y de Urgencia en Atención Primaria (SUAP) de su municipio de vivienda o de trabajo.

Los enfermeros y los paramédicos podrán hacerlo una vez capacitados en Apoyo Vital con su código correspondiente.

Los socorristas podrán actuar y activar de la misma manera el sistema.

El código y nombre de profesionales, técnicos y socorristas estarán registrados en la Emergencia provincial y en la urgencia municipal del municipio de vivienda y de trabajo.

Enfermería prestará Servicios de inyecciones, aerosol, curaciones, cirugía menor y realización de electrocardiogramas. El área de cura no debe estar con aerosol-terapia e inyecciones, y debe existir privacidad para la inyección intramuscular en una camilla. Es importante que el área de observación y el área vital sean funcionales con la ubicación de Enfermería; si existe un solo puesto de trabajo con una o más enfermeras con una posición central de inyecciones y curas, pueden éstas atender la sala de observación y el área de apoyo vital que se encuentren a ambos lados de la misma. Si existen dos puestos de trabajo donde una o más enfermeras atenderán la sala de observación y el área de apoyo vital y el otro en inyecciones, se garantiza el servicio en Unidades de Urgencia pequeñas para una mejor utilización de la enfermera.

La enfermería debe poseer medios para inyecciones y aerosol, el stock correspondiente, cuñas, patos y porta sueros, sets, vitrinas y closets.

Se debe prestar un Servicio de Cirugía Menor tanto limpia como séptica en función de la Urgencia, y ambas deben estar separadas

La sala de Observación es un área con las camas necesarias según demanda. Allí deben ir los pacientes que teóricamente pueden resolver en este Nivel de Atención (sugerimos de 2 a 4 camas y excepcionalmente hasta 6)

El Área de Apoyo Vital debe tener autonomía al lado de la enfermería para la atención inmediata a la

llegada del paciente emergente y con fácil acceso para el médico. El flujo de pacientes emergentes no permite tener una enfermera sólo para esta actividad, por lo que hay que combinar funciones. La corta observación al paciente que pelagra debe ser aquí hasta su evacuación, para concentrar éstos recursos en un solo lugar. Estos pacientes serán reportados como atendidos en área vital y remitidos no como observados porque la observación en el SUAP no tiene ese objetivo, ni esa capacidad.

Nota 1: El área vital contará con iluminación eficaz y con una camilla dura y una cama fowler, o una camilla dura que brinde fowler. Además con aspiradora, sondas y tramos de goma, fármacos de stock de emergencia y paro. El stock puede ser sólo de paro si la enfermería está al lado del área vital, medios de resucitación: bolsas autoinflables con las 3 caretas, cánulas orofaríngeas y/o nasofaríngeas, medianas y grandes, tubos endotraqueales de todos los tamaños, laringoscopios con juegos de espátulas y pilas, medios para canalizar vena e infundir volumen. Ideal monitor desfibrilador.

Nota 2: el área vital puede también diseñarse al lado de observación.

Nota 3: hay tres posibilidades de diseño según la estructura y demanda de cada servicio de urgencia.

Enfermería teniendo a un lado el área vital y al otro la sala de observación, haciendo todo desde un puesto de trabajo de enfermería.

Enfermería con área vital al lado y observación distante con dos puestos de trabajo de enfermería.

Enfermería en una posición y observación con el área vital al lado con dos puestos de trabajo de enfermería. Sistema de consulta médica de urgencia, la cual según su dimensión (más de 150 pacientes diarios) deberá tener clasificación de enfermería de 8 a 4 pm.

#### IV- PRINCIPIOS PARA LA CALIDAD DEL SERVICIO EN EL SUAP – SIUM.

Para completar los servicios de Urgencia Estacionario con Apoyo Vital Avanzado (AVA) se tendrá en cuenta la ubicación estratégica de la coordinación de Urgencia Municipal y posición del Hospital, así se planificarán los otros Policlínicos con condiciones de PPU en su servicio de Urgencia. El resto de la red garantizará como mínimo Apoyo Vital Básico (AVB) in situ, con o sin introducción al Apoyo Vital Avanzado (AVA) según los recursos.

La Coordinación de Urgencia Municipal garantizará Rescate e Interconsulta en su proceso de dirección, diferenciando en el proceso de atención una y otra solicitud haciendo la evaluación correspondiente.

En cada policlínico se realizará una entrega de turno de guardia diaria, matutina y vespertina jerarquizada por el Director del policlínico y se precisa la entrega de pacientes de Médico a Médico así como todo lo relacionado con la guardia y el aseguramiento de la misma y al personal.

En la unidad principal donde se encuentra la Coordinación de Urgencia Municipal las entregas de guardias estarán presididas por el Director del policlínico en sus funciones de aseguramiento de la asistencia médica en la unidad y el jefe del SUAP-SIUM en sus funciones de coordinador del funcionamiento de la red municipal. Existirán comunicaciones en toda la red (teléfono y/o plantas) que haga posible la Coordinación de Urgencia Municipal, se podrán comunicar con la Emergencia, Hospitales, PNR, Estado Mayor de la Defensa Civil Municipal y Bomberos si existen.

Debe existir electricidad alternativa (plantas eléctricas) en las unidades principales de urgencias. En el resto de la red (SMUP, CMU y CMUC) debe existir fuente de luz alternativa (lámparas recargables o faroles).

El personal de la guardia en los PPU – UPU y en cada SMUP y CMU deben recibir una atención diferenciada (alimentación, descanso, aseo)

El Sistema de Esterilización y los tipos de Set deben habilitarse según el tipo de servicio y flujo de pacientes.

El Sistema de Abastecimiento Médico y medicamentos en cada unidad o servicio de salud de urgencias (medicamentos, material gastable, instrumental) serán asignados según flujo de pacientes para alcanzar Nivel resolutivo.

Debe existir garantía de agua e higiene en las unidades de la red.

El Sistema de Insumos y Servicios de Lencería, material de limpieza, mantenimiento, etc. debe estar garantizado.

La Farmacia cercana para la venta de medicamentos a los pacientes en cada unidad de la red, donde se

controla la existencia de fármacos y se comunica de forma actualizada a los médicos.  
Camilla y silla de rueda según características de los PPU, UPU o SMUP.  
Los Servicios de Laboratorio de Urgencia garantizarán Hb, Hto, Leucograma, Glicemia, Orina, Heces fecales, Benedict e Imbert, y la radiología simple.  
Electrocardiograma de urgencia a través de la enfermera las 24 horas en todos los PPU – UPU – Hospital local y también en los SMUP y CMU que pueda garantizarse según los recursos existentes.  
Recursos para la Medicina Natural y Tradicional (MNT) en cada PPU – UPU – Hospital local, en los SMUP que se pueda.

## V- PRINCIPIOS DE LA COORDINACIÓN DE URGENCIAS MUNICIPAL

Las Unidades de Urgencias ( PPU – UPU independiente o en Hospital Local) donde se encuentra la coordinación estará el MGI capacitado como jefe de turno de guardia, el Clínico y el Pediatra; así como otros especialistas o MGI capacitados en otros papeles para disminuir remisiones, ej: Ortopedia.  
En la Unidad que coordina deben estar los nombres y registros personales de los que pueden activar la misma. En el caso de los Enfermeros, Paramédicos y Socorristas se les entregará la codificación que tienen para el Centro Coordinador de Emergencia antecediendo las letras E – P – S respectivamente.

La activación de dicha coordinación la pueden realizar todos los Médicos, Estomatólogos, Licenciados en Enfermería, Enfermeros y paramédicos con cursos de Apoyo Vital y Socorristas aprobados por el Comité Académico Provincial, que a su vez vivan o trabajen en dicho Municipio; por tanto la coordinación tendrá un libro con el orden alfabético con los códigos de los compañeros.

Se debe llevar la hoja de registros de demandas, la cual registrará de forma consecutiva y enumerada todas las llamadas que soliciten un Rescate, Interconsulta o Consulta de dudas.

El Rescate se considera cuando se va a buscar un paciente y se traslada hacia un centro de salud (hospitales, red del SUAP) ya que por su patología no debe permanecer en el punto de la red que solicita el transporte. Esto lo diferencia de la interconsulta la cual un especialista (Medicina Interna, MGI, Pediatra valora personalmente el caso y decide la conducta sobre el paciente para mantenerse en su área de salud y deben ser regulados y coordinados brindando las soluciones correctas ante cada caso. No necesariamente todos los casos deben ser llevados hacia la unidad que coordina, sino que pueden ser enviados al P.P.U o SMUP u Hospital más cercano que tenga capacidad y respuesta para ese caso.

Los casos que por su complejidad al ser evaluados, necesiten de atención hospitalaria, no deben ser demorados en la red de urgencia, desde el momento en que sean identificados serán trasladados al hospital que le corresponda según región o necesidad de atención después de estar estabilizados.

Las Interconsultas deben disminuir su demanda, en la medida que aumentemos la capacitación de nuestros Médicos y Enfermeros.

Las consultas de dudas no se deben convertir en Interconsultas Telefónicas, estas deben ser consultas que resuelvan una duda ante un proceder y eviten rescates por dudas médicas.

Cada duda e Interconsulta que se presente le servirá al Subsistema para identificar sus deficiencias académicas y sobre quienes deben trabajar, al igual que por los errores de demanda para rescates.

Los pacientes rescatados se llevarán acompañados por médicos y/o enfermera al centro adecuado. El jefe de la guardia decide en cada caso quienes van acompañando y llevando la maleta de emergencia cuando sea necesario.

En el traslado se llevarán la hoja de remisión y la historia clínica de traslado según reglamento del uso médico de ambulancias. En defecto de esta última controlar el ABCD en el reverso del modelo “Boleto de Traslado” u otro modelo para que se convierta en Historia Clínica de traslado. El sistema ABCD significa:

Permeabilidad de la Vía Aérea  
Estado de la Ventilación  
Estado de la Circulación  
Estado Neurológico.

En el Hospital el especialista que recepciona le firmará la aceptación vital en la Historia Clínica de traslado y se archivará esta en la unidad que coordina o en cada servicio de urgencia con ambulancia. Esta será la constancia del uso médico correcto y se correlacionará con la hoja de ruta y los kilómetros recorridos, las que se archivarán diariamente junto a la Historia Clínica de traslado.



Las ambulancias pueden acudir a otro sitio en apoyo a la emergencia, a solicitud de esta, porque la ambulancia del SUAP puede llegar primero y actuar hasta que llegue la Ambulancia AVA. También la unidad que coordina la urgencia puede llamar a la emergencia cuando hay una demanda que considera es de Apoyo Vital Avanzado. En estos dos movimientos al igual que para una Interconsulta hay que dejar plasmado en una Historia Clínica de traslado la actividad, como parte del control del trabajo médico de la Ambulancia. El proceso de dirección para trasladar pacientes debe ser a la Institución de salud más cercana que resuelva definitivamente el problema de dicho enfermo o la relativamente cercana según el flujo de urgencia establecido. Las primeras acciones deben ser en el primer servicio de urgencia. Ahí se resuelve todo o se traslada el paciente a la institución definitiva después de las primeras medidas. No hacer traslados de pacientes inestables en Ambulancias Básicas ya que genera mayor mortalidad.

## VI- PRINCIPIOS PARA LA CAPACITACIÓN DE URGENCIA EN EL SUAP – SIUM.

El personal médico y de enfermería en APS se programará para los cursos de Apoyo Vital priorizando la matrícula según el papel de estos en el SUAP. Independientemente los Vicedirectores Docentes de los Policlínicos planificarán cursos de superación en temáticas de urgencia, especialmente desde el PPU – UPU – Hospital Local donde se encuentre la Coordinación de Urgencia Municipal.

En las áreas asistenciales estarán en plancheta a todos los niveles los protocolos de urgencia que deben aplicarse en dicho servicio de urgencia.

En una zona del servicio de urgencia estará en plancheta el control del personal médico, enfermero y paramédico que hace guardia allí con la fecha de acreditación del curso de urgencia que le complete y se deja en blanco cuando le falta el mismo. Esta plancheta podrá ser justificada de inmediato con los avales correspondientes. Al nivel Municipal el Jefe del SUAP-SIUM en coordinación con el Comité Académico de Apoyo Vital de la Facultad conocerá los capacitados que puedan ser instructores o facilitadores de Socorrismo previamente acreditado por el comité académico provincial como Instructores para formar y mantener los Clubes de Socorrismo que necesite el área de salud.

Los grupos de socorrimos deben formarse por el SIUM (clubes de socorrimos) o por la cruz roja (brigadas de la cruz roja) utilizando el mismo método de capacitación según la instrucción 5/99 del Viceministerio de docencia e investigaciones

Tanto los Clubes de Socorrismo como las Brigadas de Socorristas de Cruz Roja tendría que ser atendidos constantemente por los Facilitadores acreditados para mantener sus conocimientos y destrezas.

El jefe del SUAP-SIUM a través de las áreas de salud controlará el entrenamiento de los grupos de socorristas por el Facilitador.

Las Coordinaciones de Urgencia Municipal y de Emergencia Provincial controlarán y canalizarán al área de salud correspondiente las llamadas inadecuadas por parte de los socorristas.

Cuando un socorrista activa el sistema de forma inadecuada en tres ocasiones en el período de 3 meses o cuando una activación se considera totalmente impropcedente el Coordinador de Urgencia Municipal o el de Emergencia Provincial tienen el derecho de retirarle su condición de socorrista. En tal situación el socorrista estará obligado a pasar de nuevo el curso y reevaluarse.

## CONTROL Y EVALUACIÓN.

Para el desarrollo de este acápite tenemos en cuenta los indicadores de estructura, proceso y resultados, que consideramos de mayor utilidad para el Subsistema. Esto nos permitirá mejor control y evaluación de todo el proceso de atención de Urgencia y Emergencia en el municipio y así denotar un real impacto del Subsistema.

## INDICADORES DE ESTRUCTURA

Porcentaje de completamiento de:

Jefes de Guardia en PPU cursos vitales (El Jefe y la Reserva)

Especialistas con cursos vitales en la red.  
Enfermeras por turno con cursos vitales en cada servicio de urgencia y con prioridad al PPU.  
Porcentaje de Residentes de tercer año con curso vital en la red.  
Porcentaje de Servicios de Urgencia:  
Que actúan en la red según estrategia planificada.  
Con área vital acorde a su categoría.  
Con Observación, Cirugía Menor, Laboratorio, Radiología y Estomatología según estrategia planificada.  
Porcentaje de Socorristas en la población organizados en grupos (clubes)

### **INDICADORES DE PROCESO**

- Porcentaje de Servicios de Urgencia con protocolos en plancheta.
- Porcentaje de Servicio de Urgencia que cumplen los protocolos controlando un grupo de ellos por cortes.
- Índice de errores en el tratamiento de los cuadros agudos iniciales o por descompensación de las enfermedades crónicas
- Índice de remisiones inadecuadas.
- Índice de remisiones por días por X habitantes del municipio o área de salud, hacia el hospital y hacia el PPU
- Índice de activaciones inadecuadas del SIUM, ya sea el SUAP o a la Emergencia Médica.
- Índice de rescates que se convirtieron en Interconsultas.
- Índice de Interconsultas que se convirtieron en rescates.
- Porcentaje de Registros adecuados sobre el control, la coordinación y la regulación de las ambulancias en un corte.

### **INDICADORES DE RESULTADOS**

- Índice de satisfacción por encuestados.
- Casos vistos por urgencias y diferenciar el horario diurno de tarde-noche.
- Porcentaje de casos vistos en el SUAP del total de casos vistos por la urgencia del municipio.
- Índice de IMA captados por el SUAP o los Socorristas.
- Índice de Trombolisis alcanzada de los IMA captados y/o ingresados.
- Índice de Trombolisis Precoz (primeros 90 minutos) de los trombolizados.
- Índice de fallecidos Extrahospitalarios por IMA y por Asma del total de muertos por estas causas.
- Letalidad por IMA, Cerebrovascular, Status Asmático, Insuficiencia Respiratoria, Politrauma o Trauma Severo, Neumonía y Fractura de Cadera (casos ocurridos y fallecidos independientemente al lugar).
- Coeficiente técnico de las Ambulancias.
- Promedio de estadía en talleres por roturas.

### **SISTEMA EVALUATIVO**

**Concurrente:** es el que se realiza de forma continua donde se profundiza en los indicadores de procesos, es una vía eficaz para hacer saber y controlar el cumplimiento de la Carpeta Metodológica y los protocolos de urgencias.

**Sorpresiva:** es la que se realiza esporádicamente sin aviso previo, con el objetivo de obtener datos que definan la evaluación del subsistema, estableciendo elementos emulativos que definan lugares.

**Consejo de Urgencia:** es una actividad científica dentro del sistema de evaluación y control, su periodicidad es mensual y debe ser presidida por la Dirección Municipal y preparada técnicamente por el Coordinador de Urgencia Municipal

Participantes que no deben faltar:

- Preside un miembro de la Dirección Municipal (Director o Vicedirector de Asistencia Médica y la Jefa de

- Enfermeras de estas Unidades).
- Coordinador de Urgencia Municipal
  - Jefe de Urgencia de cada Policlínico u Hospital que tenga que ver con el Subsistema. Puede asistir además el Director o Vicedirector de estas unidades.
  - Un integrante de la Comisión de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, Programa de Medicina General Integral y Programa Materno Infantil.
  - Un integrante de la Dirección de Transporte de Salud.
  - Supervisor Municipal del transporte sanitario (Técnico de explotación del transporte del municipio).
  - Un integrante de la Vicedirección de Medicamentos del Municipio.
  - Un Integrante del Departamento Municipal de Enfermería
  - Un miembro de la Vicedirección de Estadísticas que aporte los datos necesarios.
  - Un integrante de la Unidad de análisis y tendencias en salud ( UATS)
  - Invitados de interés que estén relacionados con las discusiones en concreto que van a ser abordadas.

### **GUÍA Y METODOLOGÍA A SEGUIR.**

Análisis de acuerdos anteriores

Análisis de los indicadores de estructura – proceso y resultados.

- b.1) Presentación por Estadísticas y la Unidad de análisis y tendencias en salud ( UATS)
- b.2) Presentación por cada Jefe de Comisión de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, los errores por lugares en los pacientes fallecidos y si es posible en los sobrevivientes (IMA, Enfermedad Cerebrovascular, Diabetes Mellitus, Asma Bronquial, etc.)
- b.3) Presentación por el Coordinador de Urgencia Municipal SUAP – SIUM.

NOTA: De la presentación de los datos y señalando los servicios de urgencia con problemas se tomarán los acuerdos para su solución con definición estratégica a largo plazo y táctica a corto plazo.

Otros aspectos. Durante los Consejos de Urgencias y evaluaciones debe medirse que la población demande el Sistema adecuado según los problemas de Urgencias que presente.

SUAP (anexo)

A continuación se señala el stock de medicamentos que debe aparecer en el PPU - UPU u Hospital Local; así como en el resto de los SMU. P - CMU garantizando al menos uno de los medicamentos del grupo farmacológico correspondiente. En el abastecimiento se tendrá en cuenta la disponibilidad y la prioridad de los PPU – UPU – Hospital Local y los SMUP de mayor demanda.

**MEDICAMENTOS DE USO EN UNIDADES PRINCIPALES DE URGENCIA (PPU) Y SERVICIOS DE URGENCIAS REFORZADOS EN POLICLÍNICOS Y HOSPITALES LOCALES. (CATEGORÍA I PARA LA DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN APS)**

Analgésicos y antipiréticos:

Dipirona. (amp.)  
Espasmoforte. (amp.)  
Paracetamol. (tab.)  
Morfina. (amp.)  
Meperidina. (amp)

Antieméticos:

Dimenhidrinato. (amp.)  
Metoclopramida. (amp.)  
Prometacina. (amp)

Antihistamínicos:

Difenhidramina. (amp)

Antihipertensivos:

Captopril o similar. (tab.)  
Dihidralazina. (amp. o bbo.)  
Reserpina. (amp.)

Antiarrítmicos:

Atropina. (amp.)  
Propranolol. (amp.)  
Lidocaina. (amp.)  
Verapamilo. (amp.)  
Amiodarone.(amp.)  
Diltiazem.(amp.)  
Digoxina.(amp.)

Antiagregantes:

A.S.A.(tab.)

Anticonvulsivantes:

Diazepam. (amp.)  
Fenobarbital sódico. (amp)  
Fenitoina (amp)

Antipsicóticos:

Haloperidol. (amp.)  
Clorpromacina. (amp.)

Betabloqueadores:

Atenolol. (tab. Y amp.)

Broncodilatadores:

Salbutamol. (frco.)  
Aminofilina. (amp.)

Diuréticos:

Furosemida. (amp.)  
Manitol. (frcos.)  
Drogas vasoactivas:  
Nitroglicerina. (tab.)  
Epinefrina. (amp.)  
Dopamina. (amp.)

Esteroides:  
Hidrocortisona. (bbo.)  
Prednisolona. (bbo.)

Otros:  
Sales de R.O.(sobres)  
Bicarbonato de sodio al 4 y 8%. (amp.)  
Ringer Lactato. (frco.)  
Dextrosa el 10, 20,30%. (amp.)  
Dextrosa al 5%. (amp.)  
Dextrosa al 5%. (frco.)  
S.Salina al 0.9%. (frco.)  
Sulfato de Magnesio. (amp.)  
Cloruro/gluconato de Calcio.(amp)  
Cloruro/gluconato de Potasio.(amp)  
Agua Estéril. (amp. frco.)  
Clorpromazina. (amp.)  
Cimetidina. (amp)  
Estreptoquinasa. (bbo).Previa acreditación.  
Oxígeno.  
Colirio Anestésico. (frco.)  
Otocaína. (frco.)  
Pomadas antibióticas.  
Lidocoína con Preservo. (amp/bbo)  
Carbón activado. (sobres)  
Cimetidina (amp.)

Stock antitóxico

**MEDICAMENTOS DE USO EN CONSULTORIOS MÉDICOS DE URGENCIA Y CONSULTORIOS MÉDICOS DE URGENCIAS EN COMUNIDAD (CATEGORIA II PARA LA DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN APS):**

**Analgésicos y antipiréticos:**

Dipirona. (amp.)  
Espasmoforte.(amp.)  
Paracetamol.(tab.)  
Morfina.(amp.)  
Meperidina.(amp)

**Antieméticos:**

Dimenhidrinato.(amp.)  
Metoclopramida.(amp.)

**Antihistamínicos:**

Difenhidramina.(amp)

**Antihipertensivos:**

Captopril o similar.(tab.)  
Reserpina.(amp.)

**Antiarrítmicos:**

Atropina.(amp.)  
Lidocaina. (Amp.)  
Verapamilo.(amp.)  
Digoxina.(amp)

**Antiagregantes:**

A.S.A.(tab.)

**Anticonvulsivantes:**

Diazepan.(amp.)  
Fenobarbital sódico.(amp.)

**Betabloqueadores:**

Atenolol.(tab.)

**Broncodilatadores:**

Salbutamol.(frco.)  
Aminofilina.(amp.)

**Diuréticos:**

Furosemida.(amp.)

**Drogas vasoactivas:**

Nitroglicerina.(tab.)  
Epinefrina.(amp.)

**Esteroides:**

Hidrocortisona.(bbo.)  
Prednisolona.(bbo.)

Otros:  
 Sales de R.O.(sobres)  
 Bicarbonato de sodio al 4 y 8 %.(amp.)  
 Dextrosa al 10, 20,30%.(amp.)  
 Dextrosa al 5%.(amp.)  
 Dextrosa al 5%.(frco.)  
 S.Salina al 0.9%.(frco.)  
 Agua Estéril.(frco.)  
 Clorpromazina.(amp.)  
 Oxígeno.  
 Colirio Anestésico.(frco.)  
 Otoparal.(frco.)  
 Carbón activado.(sobres)  
 Papaverina.(amp.)  
 Pomadas antibióticas.  
 Lidocaina con Preservo (amp/bbo)

**EN LAS FARMACIAS VINCULADAS A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS SE GARANTIZARÁN UN STOCK DE MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS URGENCIAS.**

GRUPO FARMACOLÓGICO	MEDICAMENTOS
Analgésicos y antiinflamatorio	asa, Dipirona, (sus, tab, amp), indometacina, ajo tintura 50% u otros
Antieméticos	dimenhidrato (amp, tab) metoclopramida (gt, amp, tab)
Esteroides	prednisona (tab), dexametasona (tab)
Antihistaminicos	difenhidramina (jr, tab), llanten extracto fluido
Broncodilatadores	salbutamol (jbe, tab), aminofilina (sus, tab)aloe jarabe 50%, imefasma
Diuréticos	hicroclorotiácida (tab), cana santa 20%
Antiféccioso y Antimicrobianos	fenoximetil penicilina (sus), eritromicina (sus,tab), tetracilina (tab), cotrimoxazol (sus,tab), penicilina rapilenta, penicilina g-sódica) y otros según posibilidades de la industria

Medicamentos de Medicina Tradicional

Caña Santa tintura al 20%	hipotensor – diurético
Melito de mangle rojo	antiácido – antidiarreico
Guayaba elixir	antidiarreico
Ajo tintura al 50% gotas	analgésico-antiinflamatorio
Aloe jarabe al 50%	broncodilatador
Imefasma	antiasmático
Llantén extracto fluido	antihistamínico
Aloe unguento rectal	brotos hemorroidales agudos
Tilo jarabe o pasiflora jarabe	ansiolíticos e hipnótico

## **MOVILIZACIÓN DE RECURSOS: PROYECTOS**

### **Situación actual**

En 1994 posterior al Análisis Sectorial de Salud, comienza un proceso de extensión y desarrollo de la metodología de proyectos para la movilización interna de recursos, organizado en los diferentes Niveles de atención del SNS. Al nivel de la APS se ha acumulado una experiencia en la identificación, selección, priorización, solución y evaluación de problemas de salud mediante el análisis de situación de salud y el plan director de cada unidad, favoreciendo así la introducción de varias vías para la movilización de recursos internos y externos las cuales no se han utilizado en toda su potencialidad por insuficiente capacitación, información bibliográfica, utilización de esta herramienta como método de planificación y evaluación, entre otras causas.

### **Propósitos**

- Organizar, controlar y evaluar la ejecución de la modalidad de proyecto como forma de movilizar recursos internos y externos en todos los niveles del SNS, adaptadas a las condiciones económicas, sociales e institucionales del país para la solución de problemas.
- Aplicar los instrumentos técnicos y los procedimientos metodológicos de la modalidad de proyectos para la movilización de recursos internos y externos y poder ofertar a los posibles donantes las herramientas adecuadas y oficiales dentro del SNS.

### **Metodología para su implementación**

1. Las herramientas fundamentales de obtención de información para la realización de un Proyecto son: el Análisis de la Situación de Salud y el Plan Director de cada unidad o servicio.
2. Del ciclo del proyecto y sus etapas
  - Se denomina «Ciclo de Proyecto» al conjunto de etapas y subetapas que se realizan durante la existencia de un proyecto, que son las siguientes para el SNS, considerando facilidad de aplicación, sencillez y de habilidad en cualquier tipo de proyecto: Primera etapa: identificación; Segunda etapa: estudios y preinversión; Tercera etapa: ejecución y Cuarta etapa: operación o funcionamiento, las cuales aparecen de forma detallada en la carpeta TECAINE del SNS, que se encuentran en las direcciones Municipales, Provinciales, Puntos focales, Centros de Salud y Desarrollo entre otros.
3. Para poder utilizar esta metodología es importante la preparación y la capacitación del personal de la institución, así como la creación de un grupo de trabajo funcional que pueda elaborar, gerenciar y evaluar diferentes proyectos.
4. El proceso de evaluación y presentación de los proyectos está definido en la carpeta TECAINE, utilizando la vía del nivel Municipal, Provincial y MINSAP, en dependencia del ámbito y las características especificadas en cada proyecto.

### **Evaluación y Control**

- Número de proyectos realizados y evaluados.



- % de proyecto en ejecución según la cantidad de aprobados por el Municipio, Provincia y/o Nacional.
- El 90 % de los proyectos evaluados a modificar se han reevaluado en un término menor de tres meses.
- El porcentaje de los proyectos evaluados y aprobados están en correspondencia con la problemática actual de la institución o servicio.
- Control y evaluación del cumplimiento de los indicadores en las reuniones de Estrategias y Programas o Consejos de Dirección.

# **ANEXOS**

*Instructivos utilizados en el Subsistema de Medicina Familiar*

**Modelo 54-49**  
**Información General de Salud**  
**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL MODELO**

**OBJETIVO:** Registrar información relacionada con las características higiénicas del entorno.

**GENERALIDADES:**

La Información General de Salud será confeccionada para cada uno de los entornos correspondiente a un consultorio.

- El médico registrará las características higiénicas que son comunes a ese entorno y realizará como mínimo una evolución cada año de la misma, cuando considere necesario realizará ésta con una periodicidad menor por modificación de algunas de las características.

**CABEZA DEL MODELO**

**Consultorio:** Anotar el número que identifica al consultorio.

**CDR:** Anotar el número del CDR .

**ENTORNO:** Anotar el número consecutivo que le corresponde al entorno a que pertenece la familia. Se entenderá por entorno el medio geográfico común a un grupo de familia, pudiendo ser este una cuadra o CDR, un caserío, un batey, localidad, etc.

**Circunscripción:** Anotar el número de la circunscripción al que pertenece.

**Consejo Popular:** Anotar el número o nombre que identifica al Consejo Popular.

**Zona:** Marcar con una equis (X), según corresponda a Urbana, Rural, Plan Turquino, el tipo de zona a la cual pertenece el Consejo Popular.

**Area de Salud:** Anotar el nombre del área de salud a que pertenece el consultorio médico.

**Localidad, Barrio, Reparto o Finca:** Anotar el nombre de la localidad, barrio, reparto o finca en el cual se encuentra ubicada.

**Municipio y Provincia:** Anotar el nombre del municipio y provincia donde se encuentra ubicada el área de salud.

**CUERPO DEL MODELO**

**Fecha:** Anotar día, mes y año en el cual se realiza la evolución del entorno.

**Abasto de agua:** Marcar con una equis (X) en la columna que corresponda si el agua proviene del Acueducto o de Otra Fuente

**Presencia de desechos sólidos:** Marcar con una equis (X), según corresponda a S (Si) o N (No), a la presencia o no de microvertederos, acúmulos de escombros o aglomeración de cuál tipo de desecho sólido que afecten la higiene de la cuadra y constituyen riesgos para la salud de los habitantes.

**Desbordamiento residuales líquidos:** Marcar con un equis (X), según corresponda S (Si) o N (No), a la presencia o no de desbordamientos de aguas albañales u otras que afecten la higiene de la cuadra y constituyen riesgos para la salud de los habitantes de la cuadra.

**Presencia de contaminación atmosférica:** Marcar con una equis (X), según corresponda a S (Si) o N (No), a la presencia o no de contaminantes atmosféricos, tales como: polvo excesivo, humo, hollín, emanaciones de sustancias tóxicas que constituyen riesgos para la salud de los habitantes de la cuadra.

**Deficiente iluminación:** Marcar con una equis (X), según corresponda S (Si) o N (No), a una iluminación deficiente o no del entorno.

**Presencia de ruidos:** Marcar con una equis (X), según corresponda S (Si) o N (No), a la existencia o no de ruidos dañinos a la salud para los habitantes del entorno.

**Peligros potenciales de accidentes:** Marcar con una equis (X), según corresponda S (Si) o N (No), a la existencia de condiciones estructurales o ambientales que constituyen riesgos de accidentes, tales como: vías en mal estado, alcantarillas sin tapas, deficiencias del tendido eléctrico u otros.

**Presencia de perros u otros animales en la vía:** Marcar con una equis (X), según corresponda S (Si) o N (No), a la existencia de perros callejeros u otros animales que constituyen riesgo para la salud de los habitantes del entorno.

**VECTORES:** **NO:** Marcar con una equis (X) cuando no existan vectores en la cuadra.

**Moscas; Mosquitos; Cucarachas; Roedores y otros:** Marcar con una equis (X), según corresponda cuando exista presencia de uno o varios vectores en el entorno.

**Observaciones:** Anotar cualquier especificación referida a los acápite señalados en la evolución que el médico considere necesario realizar.

**Modelo 54-50**  
**Historia de Salud Familiar**  
**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL MODELO**

**Objetivo:**

Registrar la información relacionada con las características biológicas, socioeconómicas e higiénicas de la familia y sus integrantes.

**Generalidades:**

- La Historia de Salud Familiar será confeccionada a cada núcleo familiar, la misma permanecerá en el consultorio médico como instrumento de trabajo básico para este.
- Las Historias de Salud Familiar correspondientes a las familias que residen en un entorno, serán archivadas en la Información General de Salud que les corresponda, asignándoles a cada una un número consecutivo a partir de uno dentro de cada cuadra.
- En caso de traslado de una familia a otro consultorio dentro de la localidad o fuera de esta, se le entregará al Jefe de Núcleo para hacerla llegar el nuevo médico.
- Cuando se incorpore una familia en el consultorio, en sustitución de otra, le será asignado el número de familia que ocupaba la anterior, en caso de tratarse de incrementos por construcciones de vivienda, se le asignará el número consecutivo que corresponda después del último asignado en la cuadra.

## FORMA DE LLENAR EL MODELO

**Entorno Número:** Anotar el número consecutivo que le corresponde a al entorno a que pertenece la familia. Se entenderá por entorno el medio geográfico común a un grupo de familia, pudiendo ser este una cuadra, un caserío, un batey, localidad, etc.

**Familia Número:** Anotar el número consecutivo que le corresponde a la familia dentro del Entorno.

**Dirección de la vivienda: (calle, entre calles, número y apartamento):** Anotar la dirección completa de la vivienda.

**Número de Historia de Salud:** Anotar el número que corresponda a la circunscripción, CDR y consultorio respectivamente.

**Número de Historia Clínica Individual:** Consignar el número de Historia Clínica Individual de cada uno de los miembros del núcleo familiar. Este número se compone con el Número del Consultorio y el día, mes y año de nacimiento de la persona, en caso de que dentro del mismo núcleo dos o más personas hallan nacido en la misma fecha se consignará después de la fecha de nacimiento un consecutivo que permita distinguir una persona de otra.

**Nombre y apellidos:** Anotar el nombre y los apellidos de cada integrante de la familia en orden decreciente de edad.

**Sexo:** Anotar F (femenino) o M (masculino), de acuerdo sea el sexo de cada integrante de la familia.

**Fecha de nacimiento:** Anotar día, mes y año de nacimiento de cada integrante.

**Nivel educacional:** Anotar el nivel de escolaridad que corresponda a cada integrante de acuerdo a la siguiente clasificación:

- 1 Primaria sin terminar
- 2 Primaria terminada
- 3 Secundaria terminada
- 4 Técnico medio terminado (especificar la especialidad)
- 5 Pre - Universitario terminado
- 6 Universitario terminado (especificar especialidad)
- 7 Incapacitado (retraso mental, oligofrenia u otro)
- 8 Círculo o jardín infantil
- 9 Vías no formales
- 10 Pre - escolar no institucionalizado
- 11 No escolarizado

**Profesión u oficio:** Anotar la profesión u oficio o ambas, que cada integrante de la familia tenga, Ej: Albañil, médico, ingeniero, carpintero u otro.

**Labor que realiza:** Anotar la actividad laborar que desempeña cada integrante de la familia. Puede coincidir o no con la profesión u oficio, Ej: Oficio: carpintero; labor que realiza: chofer. Oficio: ingeniero; labor que realiza: constructor de transporte. Oficio: ama de casa; labor que realiza: trabajador por cuenta propia.

**Grupo dispensarial:** Anotar el grupo dispensarial que corresponda a cada integrante, de acuerdo a la clasificación de dispensarización en: Sano; Sano con riesgo; Enfermo; Deficiente o discapacitado.

**Factores de riesgo y/o enfermedades:** Anotar las entidades nosológicas y/o factores de riesgos que presente cada integrante de la familia, en el caso de la deficiencia o discapacidad, especificar cuál.

**Características higiénicas de la vivienda:** En esta sección el médico registrará la evaluación de los aspectos higiénicos de la vivienda en donde habita la familia, realizando la misma las veces que se considere necesario pero como mínimo una vez por año.

**Fecha:** Anotar día, mes y año en que se realiza la evolución.

**Índice de hacinamiento y aislamiento de los habitantes:** Marcar con una equis (X), según corresponda a B, R o M, en dependencia de:

	<b>ÍNDICE DE HACINAMIENTO</b>	<b>AISLAMIENTO DE HABITANTES</b>
B	Índice bajo cuando menor o igual a 2 y tiene la vivienda sala y comedor.	- Posible aislamiento de los habitantes y separación por dormitorios de los adolescentes y adultos de distintos sexo, excepto matrimonios.
R	Índice bajo cuando menor o igual a 2 y tiene la vivienda sala y comedor.	- No hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación de dormitorios.
M	Índice alto cuando mayor de 2 y la vivienda carece de sala y comedor	- No hay posibilidad de aislamiento de los habitantes o no hay separación de dormitorios.

Índice de Hacinamiento: 
$$\frac{\text{Personas que duermen en la vivienda}}{\text{No. de locales en que duermen las personas}}$$

**Riesgos por accidentes:** Marcar con una equis (X) S (Si) o N (No) según corresponda de estar presentes o no en el hogar riesgos que puedan ocasionar accidentes a los integrantes de la familia.

**Condiciones del Medio Ambiente:** Marcar con una equis (X) B, R o M, según corresponda, en dependencia de:

- B No presencia de ningún agente agresor, o de estarlo, no originar afectaciones a la salud.
- R Presencia de agentes agresores y originan afectaciones a la salud que pueden eliminarse con relativa facilidad.
- M Presencia de agentes agresores y originan afecciones a la salud graves que no pueden eliminarse fácilmente.

Agentes agresores: Presencia de: calor, humedad, ruidos, vibraciones, polvo, hollín.

**Animales en la vivienda:** Marcar con una equis (X) B, R o M, según corresponda, en dependencia de:

- B No hay animales o los que hay no afectan la higiene (no incluye animales de corral).
- R Hay animales y se requieren medidas para evitar un problema higiénico.
- M Hay animales y constituyen un problema higiénico.

**Condiciones estructurales de la vivienda:** Marcar con una equis (X), según corresponda a: B, R o M, en dependencia de:

- B Sólida, puntal de 2,5 metros y más. Elementos diferenciados. Buen mantenimiento. Buena ventilación e iluminación.
- R Sólida, puntal de 2,5 metros y más. Elementos diferenciados. Buena ventilación e iluminación. Requiere reparación.
- M Insegura (grietas y/o apuntalamientos ). Puntal bajo sin clara separación entre los elementos. Mala ventilación e iluminación.

**OBSERVACIONES:** Consignar cualquiera información de interés sobre algunos de los acápite anteriores.

### **FACTORES SOCIO-ECONOMICOS**

**Cultura sanitaria:** Anotar el código que corresponda de acuerdo a los criterios de clasificación establecidos al realizar cada evolución.

- Buena: Aceptan la orientación médica, conocen las orientaciones sobre promoción de salud y las prácticas. Tienen una higiene personal y colectiva buena.
- Regular: Aceptan parcialmente las orientaciones médicas sobre promoción de salud pero no las practican. La higiene personal o colectiva no es buena.
- Mala: No aceptan consejo médico, ni se orientan a través de los programas de promoción. La higiene personal y colectiva son deficientes.

**Características psicosociales:** Marcar con una equis (X) B, R o M, según corresponda, en dependencia de:

- B Todos los miembros en edad laboral trabajan y los de edad escolar estudian; mantiene la familia relaciones armónicas con los vecinos y participa regularmente en tareas de las organizaciones de masa.
- R Por lo menos uno no trabaja o estudia de acuerdo a su edad por causas ajenas, tiene conflictos con los vecinos por patrones de conducta inadecuados y participa a veces en tareas de las organizaciones de masa.
- M Por lo menos uno no trabaja o estudia de acuerdo a su edad por inclinación propia, conflictos con los vecinos por patrones de conducta inadecuados incluyendo actividades delictivas y casi nunca participa en tareas de las organizaciones de masa.

**Satisfacción de las necesidades básicas:** Para evaluar este acápite debe tenerse en cuenta las entradas económicas del núcleo familiar y su utilización en función de la satisfacción de las necesidades básicas de la familia.

- B Satisfacen sus necesidades de alimentación, recreación, instrucción y de medios para garantizar la higiene personal y ambiental.
- R No satisfacen alguna de las necesidades básica o la satisfacen parcialmente.
- M Presentan serias dificultades para satisfacer sus necesidades de alimentación, recreación, instrucción y de medios para garantizar la higiene personal y ambiental.

**OBSERVACIONES:** Consignar cualquiera información de interés sobre algunos de los acápite anteriores.

## **CARACTERIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA:**

**FECHA:** Consignar el día mes y año en que se evoluciona este acápite.

### **ESTRUCTURA:**

**Ontogénesis de la familia :** Consignar la familia según corresponda.

- 1. Nuclear:** Integrada por una pareja con uno o varios hijos o sin ellos, por uno de los miembros de la pareja con su descendencia. Incluye la pareja sin hijos, los hijos sin padres en el hogar, los hijos de uniones anteriores y la adopción y el equivalente a pareja.
- 2. Extensa:** Integrada por una pareja con hijos cuando al menos uno de los hijos convive con su pareja en el hogar, con su descendencia o no. Incluye el caso de abuelos y nietos sin la presencia de los padres.
- 3. Ampliada:** Cuando la familia nuclear o extensas se integran otros parientes que no pertenecen al mismo tronco de descendencia generacional. Se pueden considerar otros casos en que no existiendo vínculos consanguíneos y de parentesco entre ellos, si existen de convivencia y afinidad.

**Familiograma:** Es la representación gráfica de la familia que permite reflejar información. Constituye un formato de símbolos para dibujar un árbol familiar. Es un método útil para el estudio de caso en el contexto familiar y para el diagnóstico que requiere la historia de salud de la familia.

*Implica tres pasos*

***Trazado de la Estructura Familiar***

***Registro de Información de la Familia***

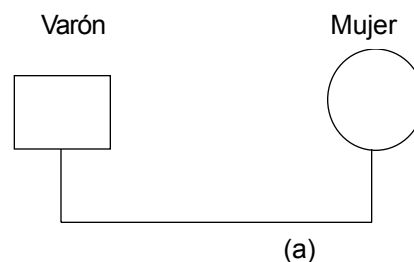
***Señalamiento de las Relaciones Familiares***

### **Trazado de la Estructura**

El trazado de la estructura se realiza expresando a través de símbolos las relaciones biológicas y legales entre los miembros de la familia. Círculos y cuadrados representan las personas y las líneas describen las relaciones.

## **SÍMBOLOS**

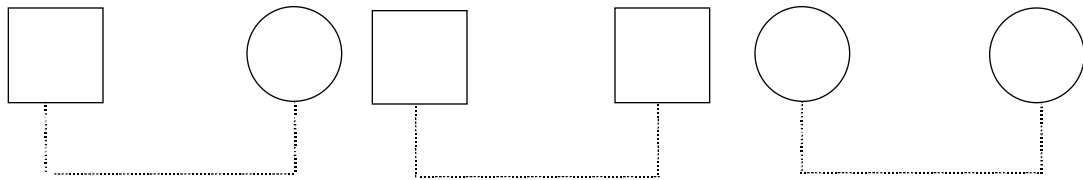
**Varón a la izquierda  
y mujer a la derecha**



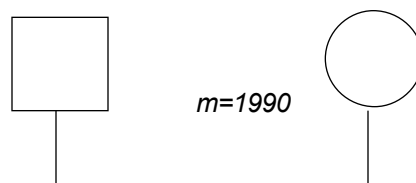


Las **relaciones de pareja legalmente establecidas** se trazan con línea continua(a) y las **relaciones de parejas no formalizadas legalmente** (concubinato) se expresan en líneas discontinuas, incluyendo el equivalente de pareja (b).

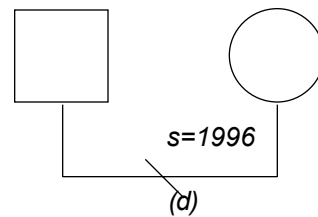
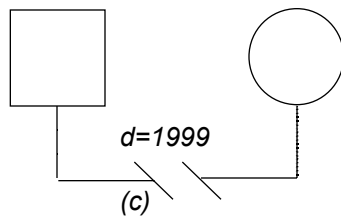
(b)



Por encima de la barra se puede colocar la **fecha de matrimonio**

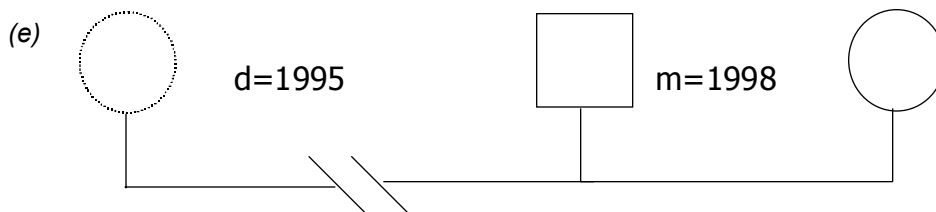


En esta línea horizontal se refleja el **divorcio** con dos barras inclinadas simbolizando la ruptura(c) y una sola barra simbolizando la **separación**(d). La fecha de separación o divorcio se coloca encima de las barras inclinadas.

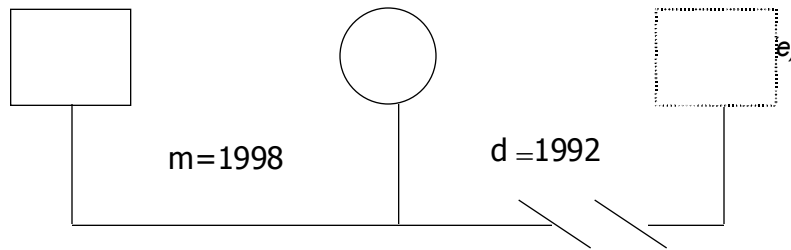


Si es necesario, por la repercusión que tenga para la familia actual, reflejar las **uniones anteriores** también pueden representarse, poniendo ausente a la pareja anterior lo cual se realiza por el trazo de puntos o discontinuo(e). En este caso es importante significar que con vistas a mantener el principio de que en el gráfico de la estructura familiar la figura masculina se refleja a la izquierda de la femenina y teniendo en cuenta la presencia de la familia de segundas nupcias y más en nuestra población se recomienda:

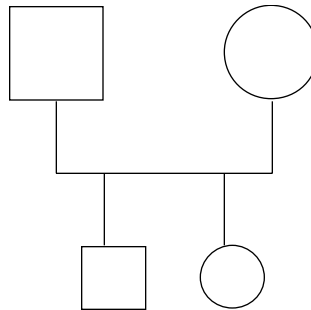
◆ Cuando se estudie una familia en la que el hombre tenga segundas nupcias el familiograma quedará reflejando el matrimonio o relación disuelta a la izquierda de la figura masculina y la relación actual a la derecha



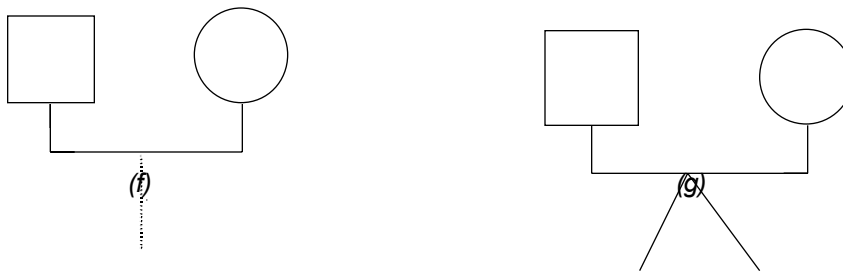
- ◆ Cuando se estudie una familia en la que la mujer tenga segundas nupcias el familiograma quedará reflejando la relación actual a la izquierda de la figura femenina y la relación disuelta a la derecha de la misma.



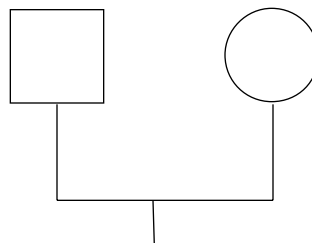
Los **hijos** penden con líneas verticales de la línea de unión horizontal entre sus padres. Se sitúan de izquierda a derecha por orden de nacimiento sin tener en cuenta el sexo.

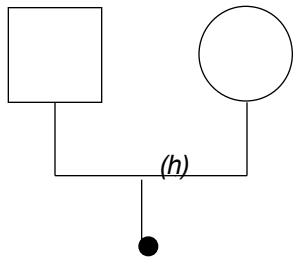


Los **hijos adoptivos** se unen con líneas de puntos a la línea horizontal que une a los padres(f). Si los hijos son **gemelos**, las líneas se hacen converger en el punto de unión con la línea de los padres(g).



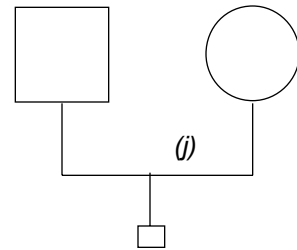
Los **abortos espontáneos** se reflejan con una línea continua igual que un hijo nacido con el círculo o el cuadrado según corresponda, pero relleno y más pequeño de tamaño (h). Los **abortos provocados** con una **x** pequeña(i) y los **neonatos muertos** con círculo o cuadrado según corresponda pero la figura muy pequeña(j). Esta información se señalará sólo en los casos que resulte necesario para el estudio de la familia.





**X**

(i)



El **miembro ausente** se señala con líneas de puntos o discontinuas, ya sea cuadrado o círculo según sea el caso y se coloca donde le corresponda su lugar en la representación de la estructura familiar.

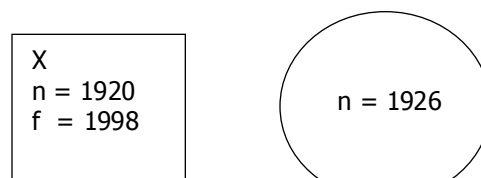
Para representar al **miembro fallecido** coloca una X dentro del círculo o del cuadrado, según corresponda.



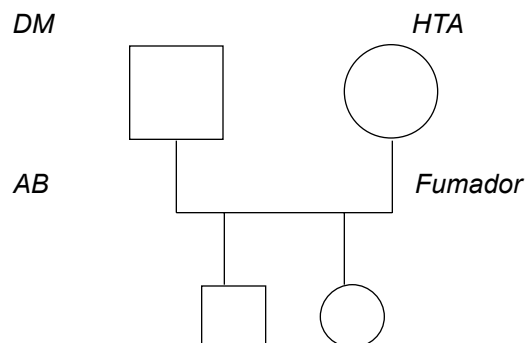
Consiste en colocarle al gráfico

- ✓ **Información demográfica**
- ✓ **Información de salud de los miembros de la familia.**

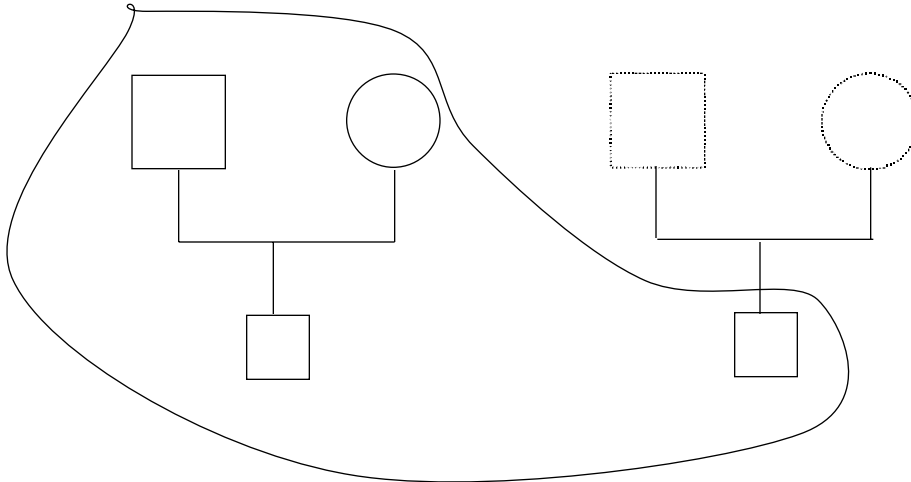
La **información demográfica** se escribe dentro del cuadrado o del círculo de la figura, así puede reflejarse la **fecha de nacimiento** y la de **fallecimiento** también, sólo si fuera necesario señalarla para el análisis de la situación de salud de la familia. Por ejemplo:



La **información de salud** de los miembros de la familia suele escribirse por fuera de los correspondientes símbolos siempre que sea necesario, por ejemplo:



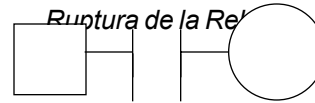
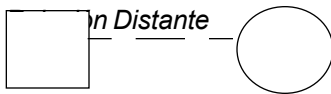
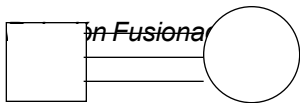
En el caso que en el hogar convivan personas que no tengan vínculos de consanguinidad ni parentesco, pero sus relaciones reproducen vínculos afectivos como puede suceder en la **familia ampliada**, para poder reflejar las relaciones entre los miembros de la familia, se confecciona además, con líneas discontinuas o puntos, el tronco generacional que le dio origen al miembro que hizo ampliada a la familia, lo que quedará reflejado de las siguiente forma:



**Señalamiento de las relaciones familiares**

Este tipo de información refleja las relaciones entre los miembros, puede ser cambiante o perdurar largos períodos de tiempo, significa el tipo de relación que establece cada miembro con todos los demás integrantes de la familia y viceversa.

**Simbología**



Si la relación se considera normal, no se traza ninguna línea adicional.

## **ETAPAS DE DESARROLLO DE LA FAMILIA**

### ***CICLO VITAL DE LA FAMILIA:***

Proceso continuo de evolución y desarrollo que atraviesa la familia desde la unión de la pareja para una vida en común hasta la muerte.

Se expresa en etapas delimitadas por la ocurrencia de determinados acontecimientos de la vida familiar

Consignar una equis (X) en la casilla que corresponda según la familia se encuentre:

- **Etapa de Formación:** Es la etapa comprendida desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.
- **Etapa de Extensión:** Es la comprendida desde el nacimiento del primer hijo hasta que uno de los hijos (se éste el primogénito o no) se independiza.
- **Etapa de Contracción:** Es la comprendida desde la independencia de uno de los hijos hasta la muerte del primer cónyuge.
- **Etapa de Disolución:** Desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del segundo cónyuge.

En el modelo aparecen estas dos últimas etapas unidas por error, se recomienda trazar una línea y dividir las en dos y señalarlas en el borde superior.

### ***CRISIS FAMILIARES***

Expresión de las contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afrontan que producen desorganización en el seno familiar.

Las crisis familiares son clasificadas en dos grandes grupos:

Crisis normativas o transitorias

Crisis Paranormativas o no transitorias.

**Crisis Normativas o transitorias:** Son las relacionadas con los acontecimientos normales y esperables en el desarrollo familiar y que se erigen como puntos críticos de transición a lo largo del ciclo vital

#### **Crisis no relacionada con el ciclo vital ( Crisis no transitorias o paranormativas):**

Son las relacionadas con los acontecimientos de carácter accidental, no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital. Estas crisis no transitorias o paranormativas se clasifican en: desmembramiento, incremento, desmoralización, cambio económico importante, problemas de salud.

Consignar con una equis(X) en la casilla que corresponda según la familia se encuentre.

**Desmembramiento:** Separación temporal o definitiva de algún integrante de la familia. Ejemplo Hospitalización de uno o varios miembros, Divorcio, Separación o abandono, Muerte de un hijo.

**Incremento:** Incorporación de uno o más miembros de la familia Ej: Regreso de algún miembro que estaba ausente, adopciones o llegada de familiares huérfanos.

**Desmoralización:** Crisis caracterizada por la afectación de los valores y principios éticos morales de la familia. Ej. Conducta antisocial, encarcelamiento, escándalos en la comunidad.

**La crisis de desorganización se sustituye por:**

**Cambio económico importante:** Tanto en sentido negativo como positivo EJ. pérdida del trabajo, pérdida de alguna propiedad importante, una herencia.

**Problemas de Salud:** Embarazo no deseado, infertilidad, intento suicida, Accidente, Diagnóstico de enfermedad de alto compromiso con la vida.

Se debe dividir esta columna en dos y señalizarlo en el borde superior.

*Instructivo del modelo 54-51*

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:** La evaluación del funcionamiento abarca las siguientes áreas:

- **Cumplimiento de las funciones básicas**

**Función económica:** Se cumple si los integrantes de la familia satisfacen las necesidades básicas materiales, no se cumplen cuando no las satisfacen.

**Función educativa:** Se cumple cuando los miembros de la familia mantienen comportamientos aceptados socialmente, no se cumplen si algún miembro de la familia no presenta comportamientos aceptados socialmente, ejemplo: conducta antisocial, delictiva, transgrede normas de convivencia social.

**Función Afectiva:** Se cumple si los miembros de la familia expresan o evidencian signos de satisfacción afectiva con su familia y no se cumple si existe algún integrante de la familia que evidencie o exprese signos de carencia afectiva o abandono.

**Función Reproductiva:** Se cumple si las parejas han planificado su descendencia y se expresa ajuste sexual en ellas por ejemplo: si son fértiles, si planifica su descendencia, si refieren satisfacción sexual.

- **Percepción del funcionamiento familiar que tiene uno los integrantes de la familia (FF-SI).**

Para seleccionar al miembro de la familia se debe tener en cuenta la capacidad de respuesta del mismo y la convivencia de manera estable en el hogar.

En el modelo aparece solamente la categoría funcional o disfuncional y los resultados de la aplicación del instrumento para evaluar la percepción del funcionamiento familiar amplía las categorías en, familia funcional, familia moderadamente funcional, familia disfuncional y familia severamente disfuncional. Se debe aclarar en el modelo consignando una **m** delante de funcional cuando una familia sea moderadamente funcional y **s** delante de disfuncional cuando la familia este severamente disfuncional.

**Familia Funcional:** Cuando el diagnóstico de la aplicación del FF-SIL de como resultado que es una familia funcional y la familia cumpla con las funciones básicas.

***Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL)***

**A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.**

	Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems.  
La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado:

<b>Valores de la Escala</b>	
Casi Siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

## Diagnóstico del Funcionamiento Familiar según Puntuación Total de la Prueba FF-SIL.

---

FUNCIONAL	De 70 a 57 puntos
MODERADAMENTE FUNCIONAL	De 56 a 43 puntos
DISFUNCIONAL	De 42 a 28 puntos
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	De 27 a 14 puntos

---

Se puede realizar análisis cualitativo de las repuestas a los ítems de la prueba e identificar con más detalles las áreas problemas del funcionamiento familiar.

### *IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS*

***En este acápite se consignarán los problemas de salud familiar encontrados en cada uno de los componentes de la salud familiar. La salud familiar puede evaluarse atendiendo a:***

- Caracterización de la familia
- Funcionamiento de la familia
- Condiciones materiales de vida
- Salud de los integrantes de la familia

**MEDIDAS:** Se consignaran las acciones a realizar por el EBS e integrantes del GBT, y familia

## **Modelo 18-145 ACTIVIDADES DE MEDICINA FAMILIAR**

### **OBJETIVO :**

Registrar información estadística que permita conocer la actividad de consulta médica realizada en los consultorios de medicina familiar así como también otras actividades realizadas por el médico y la enfermera de la familia. Servirá además, para conocer aspectos de la morbilidad de los pacientes.

### **UNIVERSO :**

Será utilizado en los consultorios de medicina familiar ya sean estos de la comunidad (urbanos, rurales, de montaña y CPA) como los ubicados en escuelas, círculos infantiles o centros de trabajo.

### **GENERALIDADES :**

- Utilizar uno para cada día, siguiendo las orientaciones específicas dirigidas a llenar cada parte del modelo.
- El modelo consta de tres bloques, el primero se encuentra en el anverso y se utilizará únicamente para registrar las consultas médicas realizadas, el segundo bloque se utilizará para registrar otras actividades que se realizan en el consultorio que no son consultas, tanto por el médico de familia como por este y la enfermera de forma conjunta, por último el tercer bloque será utilizado por la enfermera para registrar aquellas actividades que ella desempeña como parte del Proceso de Atención de Enfermería y en las cuales no participa en su realización el médico de la familia.



- Este modelo será utilizado para toda actividad de consulta médica ambulatoria tanto la realizada en el local del consultorio como la realizada en terreno.
- Para cada Problema de Salud existirá una sola posibilidad de respuesta posible de las consignadas en el modelo. Esto quiere decir que no pueden ocurrir dos o más variantes a la vez para cada afección o problema de salud.

## **INSTRUCCIONES DE LLENADO Y REVISION**

### **ANVERSO**

#### **CABEZA DEL MODELO**

##### **TIPO DE CONSULTORIO :**

Marque con una equis (X) en la casilla correspondiente al tipo de consultorio a que pertenece el modelo, pudiendo ser : Comunidad (los urbanos, rurales, de montaña y CPA), Escuela, Círculo Infantil o Centro de Trabajo)

##### **FECHA :**

Consigne el día, mes y año a que pertenecen las actividades registradas en el modelo.

##### **CONSULTORIO**

Consignar los dos dígitos que identifican al consultorio.

##### **MEDICO (Nombre y Apellidos)**

Consignar los nombre y apellidos del médico que realiza la consulta.

##### **REGISTRO DE PROFESIONALES**

Consignar el número del Registro de Profesionales del médico que realiza la consulta y de la enfermera del consultorio, si procede.

##### **ENFERMERA (Nombre y Apellidos)**

Consignar los nombre y apellidos de la enfermera del consultorio.

#### **CUERPO DEL MODELO**

##### **BLOQUE . CONSULTAS MEDICAS:**

Este Bloque será utilizado únicamente por el médico de familia para registrar los casos atendidos en consulta, tanto en el local del consultorio como en el terreno.

##### **HISTORIA CLINICA (columna A):**

En esta columna se consignará el número de la Historia Clínica del paciente atendido, el cual estará compuesto por los dos primeros que identifican al consultorio, seguido de 6 dígitos correspondientes al día, mes y año de nacimiento del paciente, en caso de que dentro del mismo núcleo hallan dos o más personas nacidas en la misma fecha se consignará después de la fecha de nacimiento un consecutivo que permita distinguir una persona de otra. El número de Historia Clínica siempre debe consignarse completo.

Si se atiende un caso correspondiente a otro consultorio del área de salud y se conoce el número completo de su Historia Clínica se consignará de forma completa dicho número y de sólo conocerse los dígitos del número del consultorio se consignará este seguido de tres equis (ej. 23XXX). Si el paciente pertenece a otra área de salud se consignará las siglas EA (Extra Area)

### **NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE (Columna B)**

Consignar el nombre y apellidos del paciente de forma completa y legible.

### **EDAD (Columna C)**

Anotar la edad del paciente si es en meses consignar los cumplidos y una letra m, si es en años consignar los cumplidos y una letra a, si fuere menor de un mes anotar el número de días y una letra d.

### **SEXO (Columna D)**

Anotar una F (femenino) o una M (masculino) según corresponda,

### **PROBLEMA DE SALUD (Columna E)**

Esta columna se utilizará para registrar diagnósticos o situaciones diferentes de las enfermedades o traumatismos pero que dieron motivo a la consulta. El problema de salud estará dado cuando:

- El motivo de consulta es una enfermedad o traumatismo.
- La situación o problema presente influye en el estado de salud de la persona sin llegar a constituir una enfermedad o traumatismo.
- Una persona no se encuentra enferma pero concurre a la consulta con un propósito específico; ejemplo: hablar de un problema que en si mismo no es una enfermedad ni traumatismo, solicitud de receta médica, otro.

Anotar el nombre completo y legible del Problema de salud que motivó la consulta, teniendo en cuenta los aspectos siguientes:

- a) Deberá evitarse siempre que sea posible la anotación de estados morbosos mal definidos, es decir, síntomas y síndromes, ya que la anotación de un diagnóstico aunque sea presuntivo es mucho más valioso que la de un signo o síntoma.
  - b) Los diagnósticos a consignar deben ser aquellos que motivaron la consulta ajustándose a las siguientes variantes:
    - ◆ Cuando un paciente con un diagnóstico conocido concurre a la consulta por otro diagnóstico y en la consulta se atiende dicho diagnóstico y se evalúa además el conocido, entonces deberán anotarse ambos diagnósticos.
    - ◆ Cuando un paciente con un diagnóstico conocido concurre a la consulta por otro diagnóstico y no se realiza evaluación solo se consigna la causa que motivo la consulta..
- Paciente diabético que concurre por complicación de la diabetes (insuficiencia renal, catarata, gangrena diabética, etc.), debe especificarse la diabetes y su complicación: nefropatía diabética, retinopatía diabética, gangrena diabética, etc.
- ◆ Cuando un paciente con un diagnóstico conocido concurre a la consulta por dicho diagnóstico, entonces se anotará éste.
  - ◆ Todas estas variantes serán aplicadas al terreno.

- a) No debe utilizarse abreviaturas en el diagnóstico, salvo aquellas aceptadas en los documentos de los Programas y Sistemas establecidos. Ejemplos:

Puede utilizarse

SR+14 Sintomático respiratorio de más de 14 días  
SRAS Sífilis reciente adquirida sintomática.

NO PUEDE UTILIZARSE

EDA y IRA; debido a que estos rubros son muy generales y abarcan varios diagnósticos que van a distintos códigos de la clasificación.

Ejemplo:

- Paciente con Enterocolitis anotar ésta y no EDA
  - Paciente con Catarro Común poner éste y no IRA
- d) Cuando un paciente presenta determinado síndrome, síntomas y signos y el médico presume un diagnóstico debe anotarse el diagnóstico presuntivo y no los síndromes, síntomas y signos.
- e) En caso de existir más el médico deberá anotarlos todos utilizando una línea del modelo para cada uno. Los diagnósticos deben ser lo más completo posible:
- Una diarrea producida por E. Coli, se anotará: Diarrea por E. Coli y no EDA o diarrea.
  - En el caso de una tuberculosis, debe aclararse si ésta es pulmonar, renal, ganglionar, etc.
  - En el caso de tumores, aclarar el sitio y si es maligno de evolución incierta, in situ, etc.
- f) Puede consignarse como problema de salud o diagnóstico aquellas consultas para solicitar una dieta, adquisición de un certificado de enfermedad ordenado con anterioridad, niño con problemas de aprendizaje o conducta, otros problemas de índole administrativa, etc.
- g) En las consultas de obstetricia deberá consignarse como diagnóstico “embarazo normal” si lo fuera. En caso de que la paciente sea portadora de alguna enfermedad, condición o antecedente de riesgo obstétrico, deberá anotarse “embarazo de riesgo”, y especificar cuál es el riesgo. idemt para el menor de un año.
- h) Un paciente con traumatismo por caída se consignará la lesión producida, la circunstancia que la produjo y el lugar de ocurrencia. Ejemplo:
- Fractura cerrada del tobillo por caída de una bicicleta. Anotar “fractura cerrada del tobillo por caída de bicicleta en la vía.
- i) En caso de un paciente que ha ingerido sustancia tóxica (sulfamán, luz brillante, etc.) y presenta vómitos de sangre, consignar “vómitos de sangre por ingestión de sulfamán (o luz brillante), en el hogar.
- ii) Se debe especificar en el caso de accidentes el lugar de ocurrencia, ej. Accidente del hogar, accidente de trabajo entre otros.

**CODIGO (Columna F)**

Será utilizado por estadística para consignar el código correspondiente a cada uno de los problemas de salud consignados en la columna E.

**DIANOSTICO PRESUNTIVO (P) (Columna G)**

Marcar con una equis (X) si el diagnóstico consignado en la columna E es Presuntivo.

**DIAGNOSTICO CONFIRMADO ( C ) (Columna H)**

Marcar con una equis (X) si el diagnóstico consignado en la columna E es Confirmado en esta consulta.

**TIPO DE CONSULTA****PRIMERA CONSULTA (1ra.) (columna I)**

Marcar con una equis (X) la ocasión en que una persona sea atendida en consulta por primera vez por un control, en caso de un paciente sano, o por una determinada enfermedad, secuela de una enfermedad, traumatismo, incapacidad o situación capaz de crear condiciones para la aparición de alteraciones de la salud La consulta de primera vez no necesariamente tiene que ser sinónimo de Diagnóstico confirmado.

**SEGUIMIENTO (S) (Columna J)**

Marcar con una equis (X) la ocasión en que una persona es atendida en consulta como seguimiento de una determinada enfermedad, secuela de una enfermedad, traumatismo, incapacidad o situación capaz de crear condiciones para la aparición de alteraciones de la salud.

**ALTA (A) (Columna K)**

Marcar con una equis (X) la consulta en la cual se da el alta médica del paciente por el episodio de la enfermedad que se ha venido tratando.

Ejemplos:

- a) Paciente que padece dos veces de catarro común, en la primera recibe 4 consultas en los días 3 de marzo, 10 de marzo, 23 de marzo y 4 de abril; la consulta del 3 de marzo será la de primera vez por este episodio de la enfermedad, las de los días 10 y 23 son consultas de seguimiento y la del día 4 de abril es la consulta de alta. En el segundo episodio de la enfermedad recibe 5 consultas los días 7 de julio, 17 de julio, 23 de julio, 30 de julio y 10 de agosto siendo la consulta del 7 de julio la de primera vez por este nuevo episodio, las de los días 17, 23 y 30 de julio las consultas de seguimiento y la del 10 de agosto la consulta de alta.
- b) Paciente que presenta una enfermedad crónica cualquiera, la consulta de primera vez será aquella en que consulta por primera vez por la enfermedad en cuestión en su vida, el resto de las consulta siempre serán de seguimiento.

**ESTADO DEL PACIENTE**

Marcar con una equis (X) en la columna que corresponda al estado del paciente en caso de enfermedad crónica.

**COMPENSADO ( C ) (Columna L)**

Será cuando el paciente presente esta condición en base a los criterios establecidos para la enfermedad.

### **DESCOMPENSADO ( D ) (Columna M)**

Será cuando el paciente presente esta condición en base a los criterios establecidos para la enfermedad.

### **LUGAR DE LA CONSULTA**

#### **CONSULTORIO ( C ) (Columna N)**

Marcar con una equis (X) cuando la consulta se realice en el consultorio.

#### **TERRENO (T) (Columna Ñ)**

Marcar con una equis (X) cuando la consulta se realice fuera del consultorio.

### **CONDUCTA (Columna O)**

Esta columna será utilizada para la recolección de información sobre la conducta seguida por el médico con el paciente ejemplos.

- Estudio y Tratamiento Ambulatorio
- Ingreso en el Hogar
- Técnica de Aplicación de MNT ( Acupuntura, Digitopuntura, etc.)
- Necesidad de interconsulta
- Solicitud al PPU.
- Referencia al hospital
- Alta de Ingreso en el Hogar
- Rehabilitación

Se podrán consignar más de una conducta si están presentes varias de las condiciones señaladas en un mismo caso.

### **REVERSO**

### **OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONSULTORIO (EXCLUYE LAS CONSULTAS)**

#### **(Columna P)**

En este bloque se incluyen otras actividades que realiza el médico de la familia o, el médico y la enfermera conjuntamente y que no son consultas, como pueden ser por ejemplo: visitas al hospital, , visitas a la familia (no la consulta a algún(os) miembro de la familia, etc.), dinámicas familiares, consignando el Número de la Historia Clínica Familiar cuando la acción este dirigida a una familia.

### **PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA**

#### **IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD (Columna Q)**

Consignar en el caso de un paciente su número de Historia Clínica Individual, si es una familia el Número de su Historia de Salud Familiar y si es un Grupo Social el número correlativo que corresponda al mismo. Se entenderá como grupo social a un conjunto de personas con características comunes y que se tratan como colectivo y no por cada individuo. Ejemplo: Adolescentes, Ancianos.

#### **ENTIDAD (Columna R)**

Consignar la entidad que presente un problema de salud identificado por la enfermera y el cual será objeto de trabajo de ésta con vista a su solución. Dicha entidad podrá ser un paciente (Nombre y apellidos), una familia (consignar la palabra "familia" seguida de los apellidos del Jefe del núcleo Ej. Familia Ramírez González) o un

grupo social , en este último caso se pondrá la sigla GS seguida del grupo social en cuestión. Ej. GS de Adolescentes, GS de Ancianos.

### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (Columna S)**

Anotar el Diagnóstico de Enfermería del problema de salud que motivo el proceso de atención de enfermería, teniendo en cuenta el orden de prioridad relacionado con los patrones funcionales de salud que se anexan a este documento.

Ejemplo :Si es un ingreso en el hogar se evaluara diariamente y se reflejara de la misma forma el diagnóstico que no halla logrado su expectativa. Se replanteara las veces que sea necesario hasta alcanzar los resultados deseados y su alta médica

### **CODIGO (Columna T)**

Será utilizado por estadística para consignar el código correspondiente a cada uno de los problemas de salud consignados en la columna S.

### **PLAZO DE SOLUCION**

Será el plazo en que se pretende dar solución al problema señalado.

### **CORTO (Columna U)**

Marcar con una equis (X) como de Corto plazo de solución (Columna U) aquellos diagnósticos en que el tiempo desde que se realiza el mismo por la enfermera hasta su solución es de 72 horas.

### **MEDIANO (Columna V)**

Marcar con una equis (X) como de Mediano plazo de solución (Columna V) aquellos diagnósticos en que el tiempo desde que se realiza el mismo por la enfermera hasta su solución esta entre 3 días y un mes.

### **LARGO (Columna W)**

Marcar con una equis (X) como de Largo plazo de solución (Columna W) aquellos diagnósticos en que el tiempo desde que se realiza el mismo por la enfermera a su solución esta entre uno y 6 meses.

### **ALTA**

### **SATISFACTORIA (Columna X)**

Marcar con una equis (X) en esta columna cuando se logra lo esperado en la expectativa y pudo cumplirse con éxito el plan de cuidado.

### **INSATISFACTORIO (Columna Y)**

Marcar con una equis (X) en esta columna cuando no se logran las expectativas u objetivos trazados.

### **POR CAMBIO DE PROBLEMA (Columna Z)**

Marcar con una equis (X) en esta columna cuando se ha dado inicio al proceso de Atención de Enfermería y después se hace necesario cambiar el diagnóstico inicial y formular uno nuevo por cambios en la evolución del paciente.

## **ACLARACIONES ESPECIFICAS**

- Especificar en la columna de problema de salud cuando un paciente inicie (o concluya) el tratamiento radical antipalúdico establecido para los viajeros internacionalistas.
- Los casos de puericultura se señalarán anotando la palabra “puericultura” o “niño sano” en problema de salud.

## **ANEXO**

Aceptado por North American Nursing Association (NANDA) 1994. Agrupados bajo los PATRONES FUNCIONALES DE SALUD.

### **1. PERCEPCION DE SALUD-CONTROL DE SALUD.**

- ◆ Alteración del crecimiento y desarrollo.
- ◆ Alteración del mantenimiento de la salud
- ◆ Alto riesgo de: lesión, asfixia, traumatismo, intoxicación.
- ◆ Conductas generadoras de salud.
- ◆ Incumplimiento del tratamiento (especificar)
- ◆ Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

### **2. NUTRICIONAL-METABOLICO**

- ◆ Alteración de la nutrición por exceso.
- ◆ Alteración de la nutrición por defecto.
- ◆ Deterioro de la deglución
- ◆ Interrupción de la lactancia materna.
- ◆ Patrón de alimentación ineficaz del lactante.
- ◆ Alteración de la mucosa oral.
- ◆ Deterioro de la integridad cutánea
- ◆ Deterioro de la integridad hística.
- ◆ Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal.

- a) Hipertermia
- b) Hipotermia
- c) Termoregulación ineficaz

- ◆ Alto riesgo de infección.
- ◆ Déficit de volumen de líquidos
- ◆ Exceso de volumen de líquidos
- ◆ Lactancia materna ineficaz.

### **3. ELIMINACION**

- ◆ Alteración del patrón intestinal
  - a) Diarrea
  - b) Estreñimiento
  - c) Estreñimiento de origen colónico
  - d) Estreñimiento de origen subjetivo
  - e) Incontinencia fecal.

◆ Alteraciones de los patrones de eliminación urinaria

- a) Incontinencia urinaria de esfuerzo
- b) Incontinencia urinaria funcional
- c) Incontinencia urinaria de urgencia
- d) Incontinencia urinaria refleja
- e) Incontinencia urinaria total
- f) Retención urinaria
- g) Eunuresis de maduración

#### 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

- ◆ Alteración de la perfusión tisular (especificar tipo: cerebral, cardiopulmonar, renal, gastrointestinal, periférica)
- ◆ Alto riesgo de alteración de la función respiratoria.

- a) Limpieza ineficaz de las vías respiratorias
- b) Deterioro del intercambio gaseoso
- c) Patrón respiratorio ineficaz
- d) Respuesta ventilatoria disfuncional al destete
- e) Incapacidad para mantener la respiración espontánea

- ◆ Síndrome del desuso
- ◆ Déficit de las actividades recreativas
- ◆ Déficit del mantenimiento del hogar
- ◆ Déficit de la movilidad física
- ◆ Disminución del gasto cardíaco
- ◆ Intolerancia a la actividad
- ◆ Déficit del autocuidado (total)
- ◆ Déficit del autocuidado (higiene)
- ◆ Déficit del autocuidado (vestirse y acicalarse)
- ◆ Déficit del autocuidado (alimentarse)
- ◆ Déficit del autocuidado (utilizar el baño)
- ◆ Alto riesgo de disfunción neurovascular periférica.

#### 5. SUEÑO-DESCANSO

- ◆ Alteración del patrón de sueño

#### 6. COGNITIVO-PERCEPTIVO

- ◆ Alteración del bienestar

- a) Dolor
- b) Dolor crónico

- ◆ Alteración de los procesos del pensamiento
- ◆ Alteración sensorial (especificar: visual, auditivas, cinestésica, gustativa, olfatoria, táctil)
- ◆ Conflicto en la toma de decisiones
- ◆ Déficit de conocimiento (especificar)



- ◆ Desatención unilateral
- ◆ Disreflexia
- ◆ Ansiedad
- ◆ Desesperanza
- ◆ Fatiga
- ◆ Impotencia
- ◆ Temor
- ◆ Trastorno de la autoestima
- ◆ Baja autoestima crónica
- ◆ Trastorno de la imagen corporal
- ◆ Trastorno del autoconcepto

## **8. ROL-RELACION**

- ◆ Aislamiento social
- ◆ Alteración de la comunicación
- ◆ Alteración de la comunicación (verbal)
- ◆ Alteración del desempeño del rol y la conducta
- ◆ Alteración de los procesos familiares
- ◆ Conflictos en el rol parenteral
- ◆ Deterioro de la interacción social
- ◆ Duelo anticipado
- ◆ Duelo disfuncional
- ◆ Alteraciones de la maternidad - paternidad

## **9. SEXUALIDAD-REPRODUCCION**

- ◆ Disfunción sexual
- ◆ Alteración de los patrones de sexualidad

## **10. AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL STRESS**

- ◆ Afrontamiento familiar ineficaz: comprometido
- ◆ Afrontamiento familiar ineficaz: incapacitante
- ◆ Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo
- ◆ Afrontamiento individual: ineficaz
- ◆ Afrontamiento defensivo
- ◆ Negación ineficaz
- ◆ Alto riesgo de autolesionarse
- ◆ Alto riesgo de auto-abuso
- ◆ Alto riesgo de auto - mutilación
- ◆ Alto riesgo de suicidio
- ◆ Alto riesgo de violencia hacia otros
- ◆ Deterioro de la adaptación
- ◆ Respuesta post - traumática
- ◆ Síndrome traumática de violación
- ◆ Síndrome traumático de violación (reacción compuesta)
- ◆ Síndrome traumático de violación (reacción de silencio)
- ◆ Síndrome de Stress del traslado
- ◆ Tensión en el desempeño del rol de cuidados

## **11. VALORACION-CREENCIAS**

- ◆ Angustia espiritual (sufrimiento del espíritu humano)

**MODELO 18-196  
HOJA DE ACTIVIDADES  
SUBSISTEMA DE URGENCIA EN LA APS**

**OBJETIVO:**

Registrar información que permita conocer las actividades realizadas en el Subsistema de Urgencia en la Atención Primaria de Salud.

**UNIVERSO:**

Será utilizado para el Subsistema Urgencia en los Policlínicos Principales de Urgencia y en los Consultorios de Urgencia.

**GENERALIDADES:**

- Utilizar uno por cada médico de guardia en las unidades del subsistema de Urgencia en la APS.

**INSTRUCCIONES DE LLENADO Y REVISIÓN**

**CABEZA DEL MODELO**

**FECHA:** *Consignar el día, mes y año a que pertenecen los casos registrados en el modelo.*

**HORARIO:** *Consignar la hora exacta de inicio y de terminación de la guardia por el médico en cuestión señalando si estas son a.m. y p.m.*

**LUGAR DE CONSULTA:** *Marque con una equis (X) en la casilla correspondiente a si el lugar de la consulta es el Policlínico Principal de Urgencia o un Consultorio de Urgencia consignando en la línea que corresponda la identificación de dicho lugar.*

**MEDICO. Nombre y Apellidos:** *Consignar el nombre (s) y Apellidos del médico que realiza la guardia.*

**NUMERO REGISTRO PROFESIONAL:** *Consignar el número del Registro de Profesionales del médico.*

**CUERPO DEL MODELO**

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE:** *Consignar el nombre (s) y Apellidos del paciente de forma completa y legible.*

**DIRECCION DEL PACIENTE:** *Consignar la dirección completa del paciente o en su defecto la identificación del consultorio del Médico de la Familia que le pertenece.*

**POLICLINICO:** *Consignar el nombre del policlínico que le pertenece al paciente.*

**SEXO:** *Anotar una F (femenino) o una M (masculino) según sea el sexo del paciente.*

**EDAD:** *Anotar la edad del paciente, si es en meses consignar los cumplidos y una letra M, si es en años consignar los cumplidos y una letra A y si fuera menor de un mes anotar el número de días y una letra D.*

**DIAGNOSTICO:** *Anotar el nombre completo y legible del diagnóstico. No deben utilizarse abreviaturas salvo aquellas aceptadas en los documentos de los Programas establecidos. Ej. SR+14 días.*

**CODIGO (a utilizar por estadística):** *Consignar el código del diagnóstico.*

**CONDUCTA:** *Marcar con una equis (X) si la conducta seguida con el paciente ha sido: Tratamiento Ambulatorio, Ingresarlo en el Hogar, realizar Interconsulta con un especialista, Remitirlo al Hospital, aplicación de Tratamiento con Medicina Tradicional o si el paciente falleció durante la atención de urgencia. En cuanto a la Observación se consignará en la columnas correspondientes la hora de inicio y de terminación de esta en aquellos pacientes que ocupen las camas previstas para la misma. Se podrá marcar más de una columna en casos que así se requiera.*

#### **ACLARACIÓN ESPECIFICA**

Cuando se utilice una misma hoja para anotar los casos vistos de dos turnos u horarios de trabajo distintos se trazará una línea roja después del último caso visto durante el turno de 8 a.m a 5 p.m y debajo se registran los casos del turno de 5 p.m a 8 a.m.

**MODELO 54-02-1**  
**HISTORIA CLINICA INDIVIDUAL**  
**ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

**OBJETIVO:**

Confeccionar una Historia Clínica integral que responda a las necesidades de la Atención Primaria de Salud.

**UNIVERSO:**

Será utilizada por todos los Médicos de la Familia ubicados en: Comunidad, Escuelas, Círculos Infantiles y Centros de Trabajo.

**GENERALIDADES:**

Se le confeccionará una para cada paciente.

La historia clínica individual debe permanecer en el consultorio, para interconsultas de especialidades no básicas se utilizara el modelo de referencia y contrareferencia.

Se archivará a criterio médico (Índice alfabético y familia)

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

**Nombres y Apellidos del paciente:**

Consignar con letra clara y legible los nombres y dos apellidos del paciente.

**Sexo :**

Marcar con una equis (x) F (femenino) o M (masculino).

**No. C. De Ident. :**

Consignar el número de identidad permanente del paciente

**Color de la piel :**

Marcar con una equis (x) según sea el color de la piel del paciente: B (blanca) N (negra) M (mestiza) A (amarilla).

**Escolaridad :**

Marcar con una equis (x) en el escaque correspondiente al nivel de escolaridad vencido

**Gpo. Sang. :**

Se consignará el grupo sanguíneo del paciente

**RH :**

Se consignará el factor RH del paciente

**ALERGIA**

Consignar el tipo de alergia que padezca el paciente

## **DOMICILIO**

En este acápite se irán consignando # de consultorio, fecha de nacimiento ( día , mes , año), nombre del área de salud , dirección del domicilio, en caso de cambio de domicilio, consignar la fecha del alta y baja cuando se incorpore o abandone la misma y la dirección del domicilio o casa donde reside el paciente

## **ESQUEMA DE VACUNACION**

Se consignará la edad y fecha del paciente en el momento de efectuar la vacunación o reactivación de la misma.

## **GRUPO DISPENSARIAL**

Se consignará el Grupo Dispensarial del paciente.

## **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:**

### **Diagnóstico:**

Consignar la entidad nosológica que padece el familiar del paciente.

### **Parentesco:**

Consignar el parentesco del familiar con el paciente

## **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:**

### **Diagnóstico:**

Consignar los antecedentes patológicos personales del paciente

### **Año:**

Consignar el año del diagnóstico

### **Secuelas:**

Marcar con una equis (x) en la columna correspondiente a si dejó secuelas la enfermedad o no.

### **Operaciones - Tipo:**

Consignar las operaciones a las cuales ha sido sometido el paciente.

### **Año:**

Consignar el año en que se realizó la operación.

### **Secuelas:**

Marcar con una equis (X) en la columna correspondiente a si la operación dejó secuelas o no.

## **CURVAS DE PESO PARA LONGITUD SUPINA Y PARA ESTATURA**

Se reflejará en el gráfico el seguimiento del paciente para la talla según sexo

En la tabla se consignará:

**Fecha:** fecha de la consulta

**Peso:** Peso en kg. del paciente

**Talla:** Talla en cm del paciente

**CC:** Circunferencia cefálica del paciente

**CT:** Circunferencia torácica del paciente

**VN:** Valoración nutricional del paciente, según las tablas de peso para talla según sexo.

**CC:** Circunferencia cefálica del paciente.

### **FACTORES DE RIESGO MAYOR DE 15 AÑOS INDICE DE MASA CORPORAL PARA MAYORES DE 15 AÑOS:**

Se realizará la valoración del Índice de Masa Corporal (IMC).

#### **Fecha:**

Consignar la fecha en que se realiza la valoración.

Teniendo en cuenta la tabla de IMC para mayores de 15 años que se encuentra en la última cara de la carátula de la historia clínica se seguirán los siguientes pasos:

- Localizar la fila que refleja en su primera columna la talla del paciente.
- Dentro de la fila correspondiente a la talla del paciente buscar en las columnas a la derecha la que refleja el peso del mismo.
- Una vez realizado los dos pasos anteriores se baja por la columna correspondiente al peso hasta la última fila y se observa que intervalo le corresponde.
- Colorear en la tabla de factores de riesgo de la penúltima página el escaque que corresponda a dicho intervalo en la fecha de la evaluación.

### **TENSION ARTERIAL**

Se reflejará dentro de la columna correspondiente a la fecha de la valoración las cifras tensionales mínimas y máximas del paciente, coloreando el espacio entre las mismas.

### **OTROS FACTORES DE RIESGO**

**Tabaquismo:** Se consignará:

- **N.....** Si el paciente no tiene hábito de fumar
- **A .....** Si fuma menos de 10 cigarrillos al día
- **B.....** Si fuma entre 10 y 20
- **C.....** Fumador de más de 20 cigarrillos

**Ingestión de alcohol:** Consignar:

- **AT.....** Abstinente total

- BS .....Bebedor social
- BA.....Bebedor abusivo sin dependencia
- DA.....Dependiente alcohólico
- DAC.....Dependiente alcohólico complicado
- AC.....Alcohólico complicado en fase final

**DETECCION PRECOZ:**

En este bloque se consigna la fecha de practicado el examen en la primera columna y en la segunda el resultado.

**RIESGO PRECONCEPCIONAL:**

Se consignara cada vez que la paciente le sea evaluado este riesgo, marcar una x en la casilla si, en el caso que la paciente este controlada y no si no esta controlada. En el caso de estar controlada consignar el método.

**Modelo 54-04-1**  
**HISTORIA CLINICA GENERAL. APS**

**OBJETIVO:**

Consignar la anotación de la consulta realizada

**Universo:**

Será utilizada en los consultorios de Medicina Familiar

**Generalidades:**

- Se utilizará un modelo para reflejar la atención médica del paciente.
- El modelo será de utilización tanto para las consultas en el consultorio como en el terreno así como tanto las consultas de primera vez como de seguimiento.

**Lugar de consulta:** Marcar con una X El lugar donde ocurrió la consulta.

**Fecha:**

Anotar el día, mes y año en que se realiza la consultación.

**Motivo de Consulta:**

Consignar la causa o causas que motivan la atención del paciente.

**Historia de la Enfermedad Actual:**

Describir de forma resumida los principales síntomas referidos por el paciente, momento y tiempo de aparición de los mismos y antecedentes personales o familiares asociados al cuadro clínico actual.

**Examen Físico:**

Describir solo el resultado positivo del examen físico realizado. Sin dejar de registrar peso, talla, valoración nutricional, signos vitales ( tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria)

**Impresión Diagnóstica:**

Consignar la conclusión diagnóstica a la cual se ha llegado por el médico como resultado del interrogatorio y el examen físico del paciente. Puede este ser presuntiva o confirmada.

**Conducta:**

Consignar los procedimientos médicos que sean necesarios para lograr una certeza diagnóstica, garantizar un nivel de complejidad de la atención mayor u otra.

**Tratamiento:**

Consignar el tratamiento indicado al paciente sea este medicamento u otro.

**Nombre y Apellidos del Paciente:**

Consignar el nombre y dos apellidos del paciente consultado.

**No. de Historia Clínica Individual:**

Consignar el número de la Historia Clínica Individual del Paciente

**No. Familia**

Consignar el número de la familia a que pertenezca el paciente



**MODELO 53-67**  
**PLANIFICACION DE ACCIONES DE SALUD.**

**OBJETIVO:**

Integrar en un solo documento la planificación de las Acciones de Salud a llevar a cabo con el paciente que permita:

- Organizar el trabajo del equipo de salud
- Planificar integralmente y de forma dinámica cada una de las acciones de salud a encontrar en cada paciente.

**UNIVERSO:**

Será utilizado en todos los consultorios de la medicina familiar.

**GENERALIDADES:**

Utilizar una tarjeta para cada paciente siguiendo las orientaciones específicas dirigidas a llenar en cada parte del modelo.

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO Y REVISION:**

**Cabeza del modelo:**

Consignar el nombre, apellido y sexo del paciente y en caso de que sea del sexo femenino y pertenecer al universo del Programa de Detección de Cáncer Cérvico Uterino marcar con una equis (X) en el escaque correspondiente.

Consignar también el Número completo de la HC individual y el número de la familia.

**Cuerpo del modelo:**

Anverso del modelo. Planificación de años y meses

**Año:** Consignar el año en que se planifica las acciones de salud, se planifica además por meses, pudiendo coincidir en un mismo mes varias acciones de salud. Las acciones a realizar se simboliza con:

- C.....Control de Salud a realizar en el Consultorio
- T.....Control de Salud a realizar en el terrenos
- V.....Vacunación
- PC.....Pruebas citológicas

Ingresos en el Hogar y Seguimiento Diario.

**Mes /Año:** Consignar el mes una diagonal y el año para el que se planifica la realización del seguimiento.

**Día:** Consignar con una C para las consultas y una T los terrenos en la columna y fila correspondiente al día para el cual se planifica la realización del seguimiento.

Organización del Tarjetero

El tarjetero tendrá tres secciones:

- 1ra.....Seguimiento diario
- 2da.....Año actual
- 3ra.....Año siguiente

Las secciones de año actual y siguiente estarán a su vez subdivididas cada una en 12 meses

Las tarjetas correspondientes a cada se ubican en el año y mes en que le corresponde la acción de salud más

próxima, al cumplirse ésta se ubican en la fecha correspondiente a la próxima acción, cualquiera que sea la misma.

Para significar que la acción de salud se realizó se circula el símbolo que le corresponde y se programa **esa misma** acción para la fecha en que correspondería volverla a realizar.

De no realizarse la acción de salud planificada la tarjeta se ubicará en el siguiente mes.

En el caso de un paciente negado a realizarse la acción de salud se le debe colocar un marcador visible en la parte superior izquierda de la tarjeta que recuerde la actividad no realizada y se coloca la tarjeta en la próxima acción de salud que le corresponda.

## **BOLETA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

### **OBJETIVOS:**

Utilizar un modelo único para asegurar la transferencia adecuada de los pacientes a través de los diferentes centros del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Establecer la comunicación horizontal entre los diferentes centros de salud del nivel primario: Consultorio en la comunidad, Hogares maternos, Clínicas o Servicios de Estomatología, Policlínicos Principales de Urgencias, Círculos infantiles, Escuelas y Centros laborales. También será utilizado para realizar la comunicación vertical entre los centros de los diferentes niveles de atención: Primario, Secundario o Terciario.

### **UNIVERSO:**

Para su uso en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud.

### **GENERALIDADES:**

- El documento se llenará con letra clara y legible.
- Se utilizará un modelo para cada referencia, contrarreferencia o notificación de acciones de salud realizadas a un paciente.
- El modelo podrá ser portado por el paciente durante la transferencia o transportado a través del SNS, donde estén creados los mecanismos para ello.
- Quedará archivado en la historia clínica del paciente en el Centro que lo recibe y en el caso de la atención en Cuerpos de Guardia será conservado para su posterior utilización por el nivel primario como mecanismo de control de calidad.

### **Cabeza del modelo:**

Se reflejara si es una referencia, contrarreferencia o notificación.

**Referencia:** Es el proceso mediante el cual se refieren pacientes desde una unidad de salud a otra. Esta referencia puede ser: Urgente o No urgente.

**Contrarreferencia:** Es la comunicación que se efectúa desde un centro de salud a otro como respuesta a una consulta o comunicación efectuada. La contrarreferencia en nuestro Sistema de Salud es universal, lo que se traduce en que está contemplado que se efectúe también como comunicación desde cualquier centro de salud hacia el consultorio médico en la comunidad, cada vez que sea evaluado un paciente en Cuerpo de Guardia, Consulta externa, Egreso, etc.

**Notificación de evaluación de Salud:** Es la notificación del resultado de la evaluación realizada a un paciente en cualquiera de las unidades de salud del nivel primario de atención dirigida hacia otro centro en este nivel. Al finalizar cada evaluación en los diferentes centros de salud de la APS deberá notificarse al consultorio del MEF en la comunidad donde resida el paciente este resultado. Sin embargo, esta notificación desde el consultorio sólo se realizará cuando el EBS considere que determinada condición del paciente, debe ser puesta en conocimiento del profesional que lo atiende en el centro educacional o de trabajo donde este se encuentra.

A: Datos referidos a la persona a la cual va dirigido el modelo.

Dr. (a): Consignar el nombre del profesional de la salud al cual va dirigido el modelo.

Especialidad: Especialidad que ostenta el profesional de la salud al cual va dirigido el modelo.

Consultorio: Se consignará el nombre o número del consultorio donde labora el profesional de la salud al cual va dirigido el modelo.

**Centro:** Se consignará el nombre del centro de salud al cual va dirigido el modelo.

**De:** Se consignará el nombre del profesional de la salud que emite el modelo.

**Dr. (a):** Se consignará el nombre del profesional de la salud que emite el modelo.

**Especialidad:** Nombre de la Especialidad que ostenta el profesional de la salud que emite el modelo.

**Consultorio:** Se consignará el nombre o número del consultorio donde labora el profesional de la salud que emite el modelo.

**Centro:** Se consignará el nombre del centro de salud desde donde se emite el modelo.

**Datos del paciente:** Se consignarán el nombre o nombres y los dos apellidos del paciente evaluado, su edad y el sexo.

**APP:** Consignar los antecedentes patológicos personales conocidos del paciente evaluado.

**APF:** Consignar los antecedentes patológicos familiares conocidos del paciente evaluado.

**Motivo de referencia:** Anotar la causa que motiva la referencia, contrarreferencia o la notificación de la evaluación de salud en ese paciente.

**Anamnesis:** Reflejar los datos más significativos relacionados con la Historia de la Enfermedad actual o los resultados del interrogatorio realizado durante la evaluación al paciente y que están relacionados con el motivo de referencia.

**Examen Físico:** Consignar los datos positivos al examen físico en el momento de emitir el documento y que están relacionados con el motivo de referencia y la anamnesis.

**Exámenes complementarios realizados:** Se reflejarán el (los) resultados del (los) exámenes complementarios realizados y que están relacionados con el motivo de referencia.

**Riesgos identificados:** Se reflejarán los factores de riesgo que se considere que están presentes en este paciente.

**Impresión diagnóstica:** Se reflejará la impresión diagnóstica del profesional en relación con la situación de salud del paciente, la cual debe corresponderse con el motivo de referencia, la anamnesis y el los resultados del examen físico practicado.

**Conducta y tratamiento:** Se reflejará la conducta que se siguió con el paciente o el tratamiento impuesto previo a la emisión del modelo y que están relacionados con el motivo de referencia.

**Existen las condiciones para un posible ingreso en el hogar (según MF):** Se refiere al criterio del Médico de la Familia que atiende al paciente, en relación con la posibilidad de ingresarlo en el hogar a partir de un análisis de las condiciones individuales del paciente, su familia y su entorno, la gravedad de la afección, la disponibilidad de medicamentos y la posibilidad real del Equipo Básico de Salud (EBS) de garantizar su seguimiento adecuado.

**Sugerencia hospitalaria de Ingreso en el Hogar:** Se refiere a la sugerencia de ingreso en el hogar a partir del criterio del especialista que lo valoro . Para ello será imprescindible conocer del criterio del médico de familia que seguiría el caso en la comunidad, ya sea porque esta información se recibió a través de la propia boleta de transferencia o por comunicación directa con éste.

En ningún caso se podrá indicar un ingreso en el hogar desde ninguno de los centros de salud, desconociendo las posibilidades reales para su ejecución por el EBS en la APS.

**Fecha:** Consignar el día, mes y año en que se emite el documento.

**Firma y cuño del médico:** Se consignará la firma del profesional que emite el documento y su cuño, donde se recogen su nombre completo y número profesional.

**NOTA ACLARATORIA:** Este modelo esta en proceso de impresión actualmente, por lo que se debe utilizar una hoja en blanco, consignando todos los elementos que relacionamos anteriormente.

**PROPUESTA DE SELECCIÓN DE ASPECTOS MAS RELEVANTES DE ESTE INSTRUCTIVO Y QUE DEBEN SER IMPRESOS EN EL REVERSO DEL MODELO, AL MENOS HASTA QUE EL MECANISMO COJA SU PROPIO RITMO**

**OBJETIVOS:** Establecer la comunicación horizontal entre los diferentes centros de salud del nivel primario: Consultorio en la comunidad, Hogares maternos, Clínicas o Servicios de Estomatología, Policlínicos Principales de Urgencias, Círculos infantiles, Escuelas y Centros laborales. También podrá ser utilizado para la comunicación vertical entre los centros de los diferentes niveles de atención: Primario, Secundario o Terciario.

**UNIVERSO:** Para su uso en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud.

**GENERALIDADES:**

- El documento se llenará con letra clara y legible.
- Se utilizará un modelo para cada referencia, contrarreferencia o notificación de acciones de salud realizadas a un paciente.
- El modelo podrá ser portado por el paciente durante la transferencia o transportado a través del SNS, donde estén creados los mecanismos para ello.
- Quedará archivado en la historia clínica del paciente en el Centro que lo recibe y en el caso de la atención en Cuerpos de Guardia será conservado para su posterior utilización por el nivel primario como mecanismo de control de calidad.

Cabeza del modelo: Marcar con una X según sea la razón por la cual se emite el documento:

**Referencia:** Es el proceso mediante el cual se refieren pacientes desde una unidad de salud a otra. Puede ser: Urgente o No urgente.

**Contrarreferencia:** Contrarreferencia: Es la comunicación que se efectúa desde un centro de salud a otro como respuesta a una consulta o comunicación efectuada. La contrarreferencia en nuestro Sistema de Salud es universal, lo que se traduce en que está contemplado que se efectúe también como comunicación desde cualquier centro de salud hacia el consultorio médico en la comunidad, cada vez que sea evaluado un paciente en Cuerpo de Guardia, Consulta externa, Egreso, etc.

**Notificación de evaluación de Salud:** Es la notificación del resultado de la evaluación realizada a un paciente en cualquiera de las unidades de salud del nivel primario de atención dirigida hacia otro centro en este nivel. Al finalizar cada evaluación en los diferentes centros de salud de la APS deberá notificarse al consultorio del MEF en la comunidad donde resida el paciente este resultado. Sin embargo, esta notificación desde el consultorio sólo se realizará cuando el EBS considere que determinada condición del paciente, debe ser puesta en conocimiento del profesional que lo atiende en el centro educacional o de trabajo donde este se encuentra.

**Existen las condiciones para un posible ingreso en el hogar (según MF):** Se refiere al criterio del Médico de la Familia que atiende al paciente, en relación con la posibilidad de ingresarlo en el hogar a partir de un análisis de las condiciones individuales del paciente, su familia y su entorno, la gravedad de la afección, la disponibilidad de medicamentos y la posibilidad real del Equipo Básico de Salud (EBS) de garantizar su seguimiento adecuado.

**Indicación hospitalaria de Ingreso en el Hogar:** Se refiere a la indicación de ingreso en el hogar al paciente por parte del profesional de la salud que realizó la evaluación al mismo. Para ello será imprescindible conocer del criterio del profesional que seguiría el caso en la comunidad, ya sea porque esta información se recibió a través de la propia boleta de transferencia o por comunicación directa con éste.

En ningún caso se podrá indicar un ingreso en el hogar desde ninguno de los centros de salud, desconociendo las posibilidades reales para su ejecución por el EBS en la APS.

### **Carpeta Metodológica de APS**

1. Capítulo Organización y funcionamiento del Equipo Básico de Salud
  - Subtítulo: Acciones y Metodología para su implementación
    - Punto numero 10: El miembro del dúo o trío designado cubrirá en su horario de terreno este consultorio diariamente durante 15 días
  
2. Capítulo Dispensarización
  - La atención Prenatal y el puerperio se mantienen con el mismo número de evaluaciones establecidas actualmente.
  - El Riesgo reproductivo preconcepcional está incluido en el Grupo Dispensarial II con otros riesgos.
  
3. Capítulo Anexos
  - Modelo 54-04-1 Historia Clínica General APS
    - Examen Físico: En el caso de la Puericultura se debe reflejar el examen físico completo.
    - En el caso de las enfermedades no transmisibles deben reflejar el examen físico de los aparatos y sistemas que pueden afectarse (ejemplo en la Diabetes mellitus se deben explorar los pulsos periféricos.