

**Programa del médico
y enfermera de la familia**

Programa del médico y enfermera de la familia



La Habana, 2011

Edición: Dra. Giselda Peraza Rodríguez
Diseño: Téc. Yisleydis Real Llufrió
Composición: Amarelis González La O

Primera edición, 2011

© MINSAP, 2011
© Sobre la presente edición:
Editorial Ciencias Médicas, 2011

ISBN 978-959-212-705-0

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle 23 No. 658 e/D y E, El Vedado,
La Habana, CP 10400, Cuba.
Teléfonos: 833 0314/836 2546
ecimed@infomed.sld.cu
www.sld.cu/sitios/ecimed

Asesores

Dr. Roberto Morales Ojeda

Ministro de Salud Pública

MsC. José Ángel Portal Miranda

Viceministro

Dr. Luis Struch Rancaño

Viceministro

DrC. Marcia Cobas Ruiz

Viceministro

Dr. Roberto González Martín

Viceministro

Dra. Estela Cristina Luna Morales

Directora Nacional de Atención Médica

MsC. Milagros León Villafuerte

Jefa del Departamento de Enfermería

Autores

MsC. Doris Sierra Pérez

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

MsC. Ana Margarita Muñiz Roque

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

MsC. Luis Gandul Salabarría

Especialista de II Grado en Medicina General Integral

Dra. Caridad Pérez Charbonier

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

MsC. Zaida Barceló Montiel

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

MsC. Bárbara Gisela Fernández Corona

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

MsC. María Claribel Presno

Especialista de II Grado en Medicina General Integral

MsC. Silvia Goicochea Martínez

Licenciada en Enfermería

MsC. Maritza de la Caridad Sosa Rosales

Especialista de II Grado en Administración de Salud

MsC. Lourdes Sánchez Guzmán

Especialista de I Grado en Administración de Salud

Especialista de I Grado Medicina General Integral

MsC. Ivonne Elena Fernández Díaz

Especialista de II Grado en Medicina General Integral

MsC. Nidia Márquez Morales

Especialista de II Grado en Medicina General Integral

MsC. Susana L. Terry González

Especialista de II Grado en Epidemiología

DrC. Eduardo Alemañy Pérez

Especialista de II Grado en Medicina General Integral

MsC. Luisa María Díaz

Especialista de II Grado en Medicina General Integral

MsC. Grecia A. Quintana Regalado

Especialista de II Grado en Medicina General Integral

MsC. Yaan Quintana Santiago

Lic. en Enfermería

Dr. Orlando Landrove Rodríguez

Especialista de II Grado en Epidemiología y de Organización y Administración de Salud

MsC. María del Carmen Marín Prada

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología

MsC. Sussette Pérez Parra

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

MsC. María Julia Matos Morejón

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología

MsC. Lidia María Menéndez Heredia

Especialista de I Grado en Medicina Física y Rehabilitación

MsC. Jesús Salvador Durán Rivero

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Dra. Iraiza Sánchez Pérez

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Especialista de I Grado Fisiología Normal y Patológica

Dra. Sandra Galano Urgellés

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Dra. Daisy González Ávila

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Dra. Yadira Olivera Nodarse

Especialista de II Grado en Medicina General Integral

MsC. Teresa Romero Pérez

Especialista II Grado en Epidemiología

MsC. Gisela Abreu Ruiz

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Especialista de I Grado Medicina Interna

Dr. Héctor Corratgé Delgado

Especialista de II grado en Medicina General Integral

Dra. Ángela María Moreno Pérez Barquero

Especialista de II Grado en Medicina General Integral

Dra. Rossana Planas Labrada

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

MsC. Leonardo Cuesta Mejías

Especialista de II Grado en Medicina General Integral

Dra. Gisela Álvarez Valdés

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Especialista de I Grado Pediatría

Lic. Leslie Echevarria Nassar

Especialista en enfermería comunitaria

Dra. Taimy Porto Hernández

Especialista I Grado en Medicina General Integral

Colaboradores

Dr. Ariel Godoy del Llano

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Jefe de APS. Pinar del Río

MsC. Ivía Marina León Palenzuela

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Jefe de Atención Primaria de Salud, Artemisa

MsC. Doris Rebeca Pérez Rodríguez

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Jefe de Atención Primaria de Salud, Mayabeque

Dra. Dianelis Ávalo Fernández

Especialista en I Grado en Medicina General Integral

Jefe de Atención Primaria de Salud, La Habana

Dra. Marta Nelía Quintana Martínez

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Jefe de Atención Primaria de Salud, Matanzas

Dra. Mariela García Velásquez

Especialista I Grado en Medicina General Integral
Jefe de Atención Primaria de Salud, Cienfuegos

MsC. Irina Hernández Cabrer

Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Jefe de Atención Primaria de Salud, Villa Clara

MsC. Alina María Segredo Pérez

Especialista de II Grado en Medicina General Integral

MsC. Lilia Turquina González Cárdenas

Especialista de II Grado en Medicina General Integral

MsC. Mirta de la Caridad Santos León

Especialista de II Grado en Medicina General Integral
Jefe de Atención Primaria de Salud, Sancti Spiritus

Dr. Ismael González Santana

Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Jefe de Atención Primaria de Salud, Ciego de Ávila

Dra. Sonia María González Vega

Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Jefe de Atención Primaria de Salud, Camaguey

Dra. Elizabeth María Ávila Guerrero

Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Jefe de Atención Primaria de Salud, Las Tunas

MsC. Enelvis Virgen Cruz García

Especialista de II Grado en Medicina General Integral
Jefe de Atención Primaria de Salud, Holguín

Dra. Elidia García Rodríguez

Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Jefe de Atención Primaria de Salud, Granma

Dra. Eunice L. Soria Pineda

Especialista I Grado en Medicina General Integral
Jefe de Atención Primaria de Salud, Santiago de Cuba

Dra. Inalvis Mercedes Torres Ramos

Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Jefe de Atención Primaria de Salud, Guantánamo

MsC. Pedro Bello Oliva

Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Jefe de Atención Primaria de Salud, Isla de la Juventud

MsC. Genoveva Rodríguez Roger

Contenido

Introducción	/1
Antecedentes y justificación	/1
Objetivos	/4
General	/4
Específicos	/4
Límites	/4
De la organización	/5
Actividades	/12
Dispensarización	/18
Frecuencia mínima de evaluación	/19
Grupos priorizados	/20
Seguimiento a la gestante	/20
Seguimiento al puerperio	/20
Seguimiento a los niños	/21
Seguimiento a otros grupos especiales	/22
Adulto mayor	/22
Donante de sangre	/22
Ingreso en el hogar	/23
Propósitos del ingreso en el hogar	/23
Acciones y metodología para su desarrollo	/24
Funciones del médico del Consultorio Médico de Familia	/24
Funciones de la enfermera(o) del Consultorio Médico de Familia	/25
Interconsultas	/25
Premisas para garantizar la calidad en la atención médica integral y familiar	/25
Documentos de trabajo del Equipo Básico de Salud	/26
Del control	/29
Análisis de la Situación de Salud	/31
Metodología para el control del trabajo del médico y la enfermera(o) de la familia	/32
Premisas para el control	/32
Elementos a tener en cuenta en el control	/33
Control en el Grupo Básico de Trabajo	/33
Visitas periódicas al consultorio de los médicos y enfermeras(o) de la familia	/34
Visitas periódicas al terreno junto a los médicos y enfermeras(o) de la familia	/35

Participación en las guardias médicas en los servicios de urgencias /35
La reunión mensual del Grupo Básico de Trabajo y la reunión anual del
Análisis de la Situación de Salud /35
Las actividades docentes programadas /36
Control por el policlínico /39

Introducción

La idea del Comandante en Jefe de crear un médico diferente y un nuevo especialista, con la finalidad de alcanzar nuevos niveles de salud y mayor satisfacción a la población, se materializa en el médico de la familia.

La salud pública cambió su organización y sus métodos, ya que situó al médico de la familia como el máximo responsable de la salud de los individuos, las familias y del medio, con la premisa de preservarlo de esquemas burocráticos, de mantenerlo en contacto directo con su población y que mantuviera su plena consagración al trabajo.

Con el fundamento de los elementos mencionados se elaboraron programas de trabajo para el médico de la familia, el policlínico y el hospital, que se integraron en un solo programa; con acciones que respondían a las ideas que conducen este modelo de atención. Estos programas tuvieron un carácter de provisionalidad, y se enriquecen con la práctica y la experiencia de sus ejecutantes, por lo que ha permitido su constante perfeccionamiento.

Aún, cuando la práctica demostró lo adecuado de estos programas y su aplicación, ha estado en correspondencia con los cambios ocurridos en el sistema de salud y las condiciones objetivas y subjetivas que los han acompañado, se hace necesario enriquecerlos y convertirlos en algo propio incorporado en el quehacer diario del médico y la enfermera(o) de la familia y del especialista en medicina general integral.

Antecedentes y justificación

Desde el propio surgimiento del Policlínico, en el año 1963, las actividades que se han realizado en Cuba en la atención ambulatoria se han organizado en forma de programas.

Los programas de salud representan la vía ideal para agrupar integralmente las acciones de salud, dirigidas a alcanzar los propósitos y objetivos preestablecidos, con el ahorro de esfuerzos, el incremento de la eficiencia e integración de todos los factores.

La existencia de programas ha garantizado una sistematicidad, uniformidad, planificación y control de las acciones de salud. Los logros alcanzados en la Salud Pública han estado ligados a la ejecución de estos programas, los que se han desarrollado en concordancia con el momento histórico concreto y han respondido al modelo organizativo que se ha utilizado en cada etapa.

Los primeros programas de salud en Cuba estaban encaminados a erradicar o controlar diferentes enfermedades o daños, como el *Programa de control de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas*, el *Programa de control de la tuberculosis* y otros. Después surgieron los programas priorizados para la atención a grupos de personas con mayor riesgo, como la madre y el niño menor de un año.

Después, en 1973, se elaboraron los programas de atención integral a las personas, específicamente los de Atención al niño, a la mujer y al adulto, los cuales se agruparon junto a los de Atención estomatológica, de Nutrición y los de Epidemiología en un solo documento llamado *Los Programas básicos del área de salud* (libro rojo).

En 1984, con la incorporación del médico y la enfermera(o) de la familia a partir de las concepciones del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, se realizan modificaciones positivas en la forma, contenido y la práctica de la atención médica, estableciéndose cambios en la atención ambulatoria que han repercutido favorablemente en todo el Sistema Nacional de Salud.

Con la finalidad de adecuar el trabajo de los médicos y las enfermeras(os) a su nueva labor, se hizo necesario hacer cambios en los programas de salud y en las formas de evaluación y control, partiendo de premisas que tuvieron en cuenta la función de guardianes de la salud y la consagración al trabajo; evaluando los resultados por medio de las acciones tomadas y de las modificaciones cualitativas logradas y no en el alcance de metas numéricas.

Las actividades se programaron a partir de las familias, pero sin olvidar las acciones individuales y específicas que corresponden a la mujer, al niño, al adolescente, al adulto y al anciano, de forma integral. La estructura de los objetivos del Programa agrupó el pensamiento médico en propósitos de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos, así como la rehabilitación, se incluyeron los aspectos sociales e higienicosanitarios y, por último, estos profesionales no podían responder a la esperanza de la sociedad, si no tuviera un objetivo que se propusiera alcanzar especialistas altamente calificados mediante un proceso docente basado en las experiencias de su práctica en la comunidad, que atienda la constante superación y la investigación de los problemas de salud, el cual ha llegado hasta los tiempos actuales con el desarrollo más universal de los procesos docentes, y que asume los servicios de la atención

primaria como los escenarios fundamentales para la formación de los futuros profesionales y donde el especialista en medicina general integral tiene un función protagónica.

Por lo que, tomando en consideración el desarrollo alcanzado, la experiencia acumulada, el perfeccionamiento logrado en los servicios de los policlínicos y áreas de salud, así como el capital humano calificado con que cuenta el sistema de salud en Cuba, es pertinente renovar estos programas y organizar el trabajo sin esquemas rígidos, permitiendo la flexibilidad necesaria y teniendo en cuenta la consagración de sus ejecutores, donde el ejemplo personal en los hábitos adecuados de vida y costumbres, la práctica de actividad física y otros atributos, sean determinantes para influenciar positivamente en la colectividad.

La estrecha unión del médico y la enfermera(o) a la comunidad y la participación de las masas en la solución de sus problemas de salud, continuarán determinando los cambios positivos en el estado de salud de esta y posibilitará alcanzar nuevas metas en el propósito de continuar mejorando los indicadores de salud de la población.

Como parte de las transformaciones en Cuba, y a partir de las prioridades del Ministerio de Salud Pública para el año 2010, el Sistema Nacional de Salud se encuentra inmerso en profundas transformaciones, encaminadas a continuar mejorando el estado de salud de la población, con servicios eficientes, sostenibles y de mayor calidad, por lo que se hace necesario, actualizar el *Programa del médico y enfermera(os) de la familia*, como modelo de atención de la Atención Primaria de Salud.

Se elaboró este Programa sustentado en las transformaciones del sistema y en las insatisfacciones de la población, dirigida al desempeño de los médicos y enfermeras(os) de la familia en los consultorios, reflejándose además las actividades del policlínico y el hospital, que aseguran la labor de los equipos básicos de salud y se mantuvo la concepción del médico de familia como “Guardián de la Salud”.

Se llevó a un proceso de discusión en todos los niveles del sistema de salud, pues las acciones emanadas del Programa, no son exclusivas del médico y la enfermera(o) de la familia ni del sistema de salud, se necesita también participación social y comunitaria y la acción intersectorial para lograr la calidad y la excelencia de los servicios.

Se necesita una revolución también en los equipos de dirección de las instituciones, con sentido de pertenencia, lograr la participación comprometida, con interés y motivación de los trabajadores para que el proceso de transformación se corresponda con los momentos actuales.

Objetivos

GENERAL

Contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, teniendo en cuenta los componentes, instrumentos y ejes conductores de la Atención Primaria de Salud, así como los principios de la Salud Pública y las particularidades de la Medicina de la Familia Cubana.

ESPECÍFICOS

1. Promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en la participación activa de la comunidad organizada y la intersectorialidad.
2. Desarrollar acciones que permitan alcanzar cambios positivos en la integración social del individuo, la familia y la comunidad.
3. Prevenir la aparición de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud de la población.
4. Realizar acciones integrales de salud en ambientes especiales, haciendo énfasis en el ambiente escolar y ocupacional.
5. Garantizar con calidad el diagnóstico precoz y la atención médica integral y dispensarizada, mediante la integración y aplicación de los métodos clínico, epidemiológico y social.
6. Desarrollar la rehabilitación con base comunitaria, dirigida a las personas con discapacidad y factores de riesgo de padecerla.
7. Contribuir a la formación de profesionales y técnicos de la salud a partir de una concepción ético y humanista de la profesión médica, la formación y desarrollo de valores, junto a una sólida preparación científicotécnica.
8. Desarrollar investigaciones, fundamentalmente a partir de los problemas identificados en el Análisis de la Situación de Salud (ASS) de su comunidad.

LÍMITES

Geográfico: Programa Nacional

De tiempo: 5 años

Universo: Toda la población residente en Cuba.

De la organización

1. Premisas generales:
 - 1.1 El *Programa del médico y enfermera(o) de la familia*, será desarrollado en los escenarios de la Atención Primaria de Salud.
 - 1.2 Es fundamental para el desarrollo del Programa, la integración del Equipo Básico de Salud (EBS), del Grupo Básico de Trabajo (GBT) y la dirección del policlínico, con todos los factores políticos y de masas, así como los delegados de circunscripción y otros representantes del Gobierno Local.
 - 1.3 Cada área de salud debe tener definido el número de consultorios, con el propósito de garantizar la atención integral a una población que no exceda los 1 500 habitantes.
 - 1.4 El Equipo Básico de Salud estará conformado por un médico y una enfermera(o) de la familia, los que son la célula básica para el desarrollo del trabajo planificado del consultorio. Ambos están responsabilizados con la labor que realizan, siendo el médico el jefe del equipo.
 - 1.5 El Equipo Básico de Salud es el máximo responsable de la salud de su población.
 - 1.6 El médico y la enfermera(o) de la Familia son los responsables de la ejecución del Programa en su comunidad y organizarán su trabajo a partir de las necesidades de su población, con la utilización del análisis de la situación de salud para la identificación y búsqueda de solución a esas necesidades.
 - 1.7 El Equipo Básico de Salud brindará atención médica integral y dispensarizada al individuo, la familia, la comunidad y al ambiente.
 - 1.8 El Grupo Básico de Trabajo es una unidad organizativa del policlínico, conformado por un número de equipos básicos de salud que no deben exceder de 20, con funciones asistenciales, docentes investigativas y administrativas. El cual podrá ser ajustado, según las características sociodemográficas de la comunidad.
 - 1.9 El Grupo Básico de Trabajo estará integrado por los Equipos Básicos de Salud y por un especialista en medicina interna, uno de ginecología y obstetricia, un pediatra, un licenciado en psicología, un licenciado en enfermería (supervisor), un estomatólogo, un técnico(s) en estadística (uno por cada 20 técnicos y profesionales que generen hojas de consulta), uno o dos técnicos de higiene y epidemiología, según la complejidad del territorio y un trabajador social. Este grupo estará

dirigido por un médico especialista en medicina general integral con categoría docente.

- 1.10 Se sumarán a las labores del consultorio y como un miembro más del equipo de trabajo, los estudiantes de medicina y enfermería y otros técnicos de la salud.
- 1.11 Las actividades programadas por el Equipo Básico de Salud deben tener en cuenta a la familia como célula fundamental de la sociedad; además de realizar acciones específicas en grupos poblacionales priorizados (recién nacidos, gestantes, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores), con la participación de otros especialistas según lo establecido y siempre que lo considere necesario.
- 1.12 El consultorio permanecerá abierto en la sesión de la mañana y de la tarde (de 8:00 a.m. a 12:00 m y de 1: 00 p.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes, y el sábado de 8:00 a.m. a 12:00 m). En los casos excepcionales que tenga que cerrar, se dejará la hoja de localización donde se informe el lugar en que se encuentran. Se establecerá al menos una vez a la semana, un horario de consulta deslizante de 3.00 p.m. a 7.00 p.m., para la población trabajadora y estudiantil, que complementa la jornada laboral de 8 h.
- 1.13 El consultorio contará con una pancarta informativa dirigida a la población, en un lugar visible y protegido, con el nombre y apellidos del médico y de la enfermera(o), el número del consultorio, direcciones de los CDR que atiende, horario de consulta y terreno, incluyendo el día del deslizante, día de la guardia médica, de la docencia, los consultorios que forman parte del dúo o del trío de trabajo y otra información que necesite la población.
- 1.14 El equipo de salud cumplirá con su jornada laboral en los diferentes escenarios de trabajo, incluidas las reuniones del Grupo Básico de Trabajo (4 h mensuales), priorizando las actividades de consulta.
- 1.15 Se priorizan las actividades de consulta y se definen dos frecuencias de terreno semanales para el médico, aunque podrán satisfacer otras demandas no planificadas y justificadas en el terreno.
- 1.16 Utilizar el modelo de planificación de acciones de salud, para la organización del trabajo del Equipo Básico de Salud.
- 1.17 El Equipo Básico de Salud planifica diariamente las siguientes actividades:
 - Pacientes programados para ser atendidos durante el día.
 - Distribución de las actividades programadas a realizar y los pacientes previstos a atender, de forma interdependiente o

independiente, por los miembros del Equipo Básico de Salud, donde la enfermera(o) cumplirá acciones de terreno, posibilitadas por su accionar independiente.

- Establecer las prioridades de los pacientes y/o familias que serán atendidos en el terreno, por el médico o enfermera(o).
- Los consultorios con población menor de 300 habitantes, por definición, no contarán con presencia de médico, serán atendidos por una licenciada(o) en enfermería o especialista en enfermería comunitaria (incluye las áreas del Plan Turquino) y recibirá atención del médico del consultorio más cercano y de los profesores del Grupo Básico de Trabajo, con la frecuencia que necesite la población. En este caso, el consultorio del médico y la enfermera(o) de la familia más cercano no debe tener una población que exceda de 1 100 habitantes y la enfermera(o) debe vivir en el lugar y cumplir con lo establecido.

1.18 Los consultorios deben tener condiciones estructurales de: privacidad, iluminación, ventilación, suministro de agua potable, así como, mobiliario clínico y no clínico, instrumental y medicamentos, que permitan brindar una atención médica de calidad con un alto poder resolutivo.

1.19 El consultorio tiene que ser el local más limpio y ordenado de toda la comunidad, con cultura del detalle.

1.20 Cada Equipo Básico de Trabajo laborará en un consultorio. De no ser posible por déficit de locales, podrá ser compartido, cumpliendo siempre los requisitos de privacidad para la atención a los pacientes. En este caso, las actividades de consulta y terreno se realizarán diariamente en horarios alternos, evitando que los Equipos Básicos de Trabajo coincidan en un mismo horario en el Consultorio Médico de Familia.

1.21 El Equipo Básico de Trabajo vivirá en la vivienda del consultorio, siempre que disponga de esta.

1.22 La enfermera(o) permanecerá el mayor fondo del tiempo de la consulta, en la sala de espera o en un lugar accesible a esta, que le permita recepcionar a los pacientes, establecer prioridades de atención, brindar charlas educativas, medir signos vitales, pesar, tallar y desarchivar las historias clínicas individuales y familiares y registrar sus acciones.

2. Del consultorio:

2.1 Garantizar que cada equipo de salud realice las actividades relacionadas con:

2.1.1 La atención médica integral con enfoque biopsicosocial utilizando, como modo de actuación, la integración y aplicación de los métodos

- clínico y epidemiológico, con adherencia a los protocolos y guías prácticas vigentes.
- 2.1.2 El seguimiento a los pacientes que su dolencia lo requiera, hasta concluir con el control de esta.
 - 2.1.3 El proceso de dispensarización, el que permite la planificación de actividades individuales y colectivas, según necesidades sentidas y reales de la población.
 - 2.1.4 Registrar a todos los pacientes atendidos en consultas o terrenos en la hoja de consulta y la envía al departamento de estadísticas de forma oportuna.
 - 2.1.5 La coordinación de la atención de sus pacientes en cualquier nivel del sistema nacional de salud.
 - 2.1.6 La participación como asesores técnicos en las reuniones y espacios de convocatoria de su comunidad y establecer relaciones de trabajo con las organizaciones de masas de la comunidad para facilitar las actividades de promoción, prevención y de vigilancia de los eventos de salud.
 - 2.1.7 Definir las tareas a realizar por parte de las brigadistas sanitarias.
 - 2.1.8 El cumplimiento de las interconsultas establecidas o las que surjan por criterio médico, ya sea con especialidades del Grupo Básico de Trabajo u otras.
 - 2.1.9 El ingreso en el hogar (IH), según los principios y requisitos establecidos.
 - 2.1.10 El Análisis de la Situación de Salud como elemento básico en el mejoramiento del estado de salud de su comunidad, el que realizará anualmente.
 - 2.1.11 El plan de prevención y enfrentamiento para situaciones excepcionales y para la defensa.
 - 2.1.12 El proceso docente de pregrado y posgrado en las carreras y especialidades de las ciencias de la salud.
 - 2.1.13 El desarrollo de investigaciones científicas que respondan fundamentalmente a la solución de los problemas de salud de su población, identificados en el Análisis de la Situación de Salud u otras aprobadas por el consejo científico.
 - 2.1.14 El control de los recursos materiales, de manera particular en la vigilancia del uso y seguridad de los medicamentos, cumpliendo con lo establecido.
 - 2.1.15 La custodia y cuidado de las historias clínicas individuales y de salud familiar, archivando las individuales según lo que establece la Dirección Nacional de Estadísticas.

- 2.1.16 El registro en las historias clínicas de todas las acciones realizadas.
 - 2.1.17 Los procedimientos básicos, diagnósticos y terapéuticos más frecuentes, utilizándolos con racionalidad, solo de ser necesarios.
 - 2.1.18 EL fomento de la autorresponsabilidad con la salud, logrando que las personas, con apoyo de su familia y la comunidad, velen por su propia salud.
 - 2.1.19 La remisión al estomatólogo de la población, con énfasis en los grupos priorizados y en el control de la atención de estos.
 - 2.1.20 Las prioridades del terreno médico, son:
 - Solicitud de visita al hogar.
 - Ingreso en el hogar.
 - Pacientes postrados crónicos, con cuidados paliativos y terminales.
 - Gestantes, recién nacidos, lactantes, enfermos crónicos que resulten inasistentes a consultas.
 - Visitas al hospital, cuando lo considere necesario.
 - Visitas a la familia, priorizando las familias disfuncionales.
 - 2.1.21 El Equipo Básico de Trabajo, será el responsable de la ejecución del contenido de este programa en su comunidad, con el apoyo de su área de salud y en especial de los especialistas que conforman su Grupo Básico de Trabajo.
 - 2.1.22 Lograr la condición de Colectivo Moral, como máxima expresión de la satisfacción de la población y del Equipo Básico de Trabajo.
3. Del policlínico:
- 3.1 En cada policlínico se garantizará:
 - 3.1.1 Como primera prioridad, la cobertura médica y de enfermería de los consultorios; no puede haber consultorio sin médico y enfermera(o).
 - 3.1.2 Que el Equipo Básico de Trabajo permanezca el mayor tiempo posible laborando en su comunidad, garantizando la estabilidad del personal de salud y el funcionamiento del consultorio, por lo que se hace necesario no programar reuniones u otras actividades antes de la 5:00 p.m., exceptuándose solo de esta programación las sesiones docentes para los residentes y profesores (4 h semanales, preferiblemente en el horario vespertino o los sábados) y la reunión del Grupo Básico de Trabajo (4 h mensuales).
 - 3.1.3 La reserva médica y de enfermería para ausencias prolongadas (licencias de maternidad, certificados médicos por más de 30 días) de algún miembro del Equipo Básico de Trabajo. El número de reservas se determinará según necesidades del territorio (una reserva por cada 5 a 10 CMF) y estará subordinada al Vicedirector de Asistencia Médica.

- 3.1.4 Que la reserva brinde sus servicios en cualquier policlínico del municipio donde existan problemas asistenciales.
- 3.1.5 Que los Equipos Básicos de Trabajo más preparados, sean ubicados en las comunidades más complejas.
- 3.1.6 El trabajo de los dúos y tríos con el objetivo de garantizar la asistencia médica a la población.
- 3.1.7 Organización de la guardia médica, de forma tal que cumpla con su función docente y asistencial, al incorporar en esta a los residentes y estudiantes junto a sus profesores, según el plan de estudio vigente, evitando la permanencia de más de tres estudiantes por médico de guardia.
- 3.1.8 Las enfermeras(os) de consultorios, una vez al mes, laborarán en el servicio de urgencias del policlínico no más de 6 h en horarios de alta demanda del servicio y fines de semana, después de cumplir con su jornada laboral, con el objetivo de mantenerse actualizadas en la atención a la urgencia y emergencia médica.
- 3.1.9 Que los días de guardia médica, docencia, consultas deslizantes, terrenos médicos y afectaciones de los servicios no coincidan en los integrantes de los dúos y los tríos.
- 3.1.10 La permanencia de los médicos y enfermeras(os) en zonas de difícil acceso pertenecientes o no al Plan Turquino. No se les debe programar guardia en el policlínico, la realizarán en su propio consultorio y el proceso docente del médico será la autopreparación durante ese año.
- 3.1.11 La ubicación de los recién graduados en zonas de difícil acceso pertenecientes o no al Plan Turquino que no estén acreditados para la docencia.
- 3.1.12 Que los consultorios del médico y enfermera(o) de la familia que reúnan los requisitos, sean certificados para el cumplimiento de las actividades docentes.
- 3.1.13 La evaluación del programa debe ser garantizada por los profesores del Grupo Básico de Trabajo y la dirección del policlínico y el municipio. Esta está dirigida fundamentalmente a medir los resultados alcanzados, dados por los cambios favorables en la salud de la población, y se realizará mediante la evaluación del desarrollo del proceso docente asistencial, el Análisis de la Situación de Salud de su comunidad, la satisfacción de la población con los servicios prestados y la de los prestadores, fundamentalmente.
- 3.1.14 La información estadística se recogerá a partir de la hoja de actividades de medicina familiar (modelo 18-145) y de la historia de salud familiar (modelo 54-50). El procesamiento de los datos se garantizará por el departamento estadístico del policlínico, el cual suministrará

- mensualmente los consolidados de las acciones de cada uno de los Equipos Básicos de Trabajo y retroalimentará a estos.
- 3.1.15 La planificación de los recursos financieros, humanos y materiales, para la ejecución del programa y para el mantenimiento, la reparación y la reposición de la infraestructura y la tecnología médica y no médica.
 - 3.1.16 Debe asegurarse que los profesores de las especialidades básicas, cumplan las solicitudes eventuales de consultas realizadas por los médicos de la familia fuera de los días programados.
 - 3.1.17 El resto de las especialidades se ofertarán en el policlínico, salvo que, por necesidad de los pacientes o por interés del médico de la familia, se solicite el traslado del especialista al consultorio o al hogar.
 - 3.1.18 Los Programas de Mantenimiento Preventivo Planificado y de Reparación que permitan la preservación de la infraestructura, la tecnología y los sistemas ingenieros.
 - 3.1.19 La adecuada capacitación y preparación del personal en la manipulación de la tecnología médica que contribuya al uso racional y a la sostenibilidad del equipamiento.
 - 3.1.20 Un programa sistemático para la recuperación y mantenimiento del mobiliario clínico y no clínico de las instituciones.
 - 3.1.21 El policlínico prestará los servicios necesarios por el Equipo Básico de Trabajo y regionalizará los servicios para diagnóstico y tratamiento de alto grado de especialización o con los que no cuente en su institución.
 - 3.1.22 Los servicios estomatológicos garantizarán la atención de todos los pacientes remitidos por el médico de familia y considerará sus criterios para la socialización de la prótesis dental.
 - 3.1.23 Los estomatólogos vinculados a los Grupos Básicos de Trabajo participarán en el Análisis de la Situación de Salud de los consultorios a los cuales se vinculen.
4. Del hospital:
- 4.1 Estimulará y facilitará las condiciones necesarias para la participación de los médicos y enfermeras(os) de la familia en la atención integral a los pacientes hospitalizados.
 - 4.2 Facilitará la realización de pruebas diagnósticas especializadas, que el médico de la familia considere necesarias, cumpliendo el protocolo hospitalario vigente para cada estudio, previa discusión del caso con el equipo de atención del hospital.
 - 4.3 Garantizará la contrarreferencia al egreso hospitalario y de las consultas ambulatorias.

- 4.4 La proyección comunitaria del hospital se realizará proporcionando las especialidades que den respuesta a las necesidades estudiadas en la población y a la formación y perfeccionamiento de los recursos humanos, tanto en el uso de sus escenarios docentes, como su participación en el claustro de profesores del policlínico.
- 4.5 Garantizará la participación en la reunión de integración, para evaluar el cumplimiento del trabajo conjunto del hospital con sus policlínicos.
- 4.6 Participará de conjunto con las áreas de salud que tributan al hospital, en el Análisis de la Situación de Salud y sus respuestas.

Actividades

1. De la promoción. Para alcanzar los objetivos:
 - Promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en la participación activa de la comunidad organizada y la intersectorial.
 - Desarrollar acciones que permitan alcanzar cambios positivos en la integración social del individuo, la familia y la comunidad.
- 1.1 Las actividades de promoción se realizarán a toda la población asignada al consultorio, incluyendo centros de trabajo y de estudio, utilizando como herramientas básicas la educación para la salud, la comunicación social, así como la participación comunitaria y social.
- 1.2 Promover la incorporación de toda la población a la actividad física sistemática, estimulando el uso de las instalaciones de cultura física, otras instalaciones deportivas en la comunidad, los servicios de rehabilitación integral y otros espacios.
- 1.3 Desarrollar los Círculos de abuelos, embarazadas, puérperas, lactantes, niños y adolescentes, según sus intereses.
- 1.4 Fomentar la autorresponsabilidad individual, familiar y comunitaria en relación con la salud, promoviendo hábitos de higiene saludables relacionados con:
 - La higiene bucal y la atención estomatológica periódica.
 - El aseo corporal.
 - Una alimentación adecuada, estimulando el consumo de frutas y vegetales.
 - Lavado de las manos antes de ingerir y manipular alimentos.
 - Lavado adecuado de alimentos.
 - Control de los residuales sólidos dentro de la vivienda y extradomiciliarios.

- Ambiente saludable y disciplina social.
- Control del agua de consumo doméstico.
- Identificación de los riesgos y vulnerabilidades.
- Control de vectores.
- Sexualidad responsable.

1.5 Realizar actividades educativas encaminadas a:

- Lograr un envejecimiento exitoso desde el punto de vista social, funcional y psicológico, con la participación de la familia y los factores de la comunidad.
- Aumentar la natalidad.
- Lograr un embarazo normal mediante la promoción de la preparación psicofísica para el parto, lactancia materna y cuidados del recién nacido, con participación de la pareja.
- Promover comportamientos saludables relacionados con la sexualidad humana, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual, VIH/sida, el embarazo en adolescentes, otros.
- Identificar, controlar o eliminar los factores de riesgo dañinos a la salud como son: tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones, dislipidemias, obesidad, hipertensión arterial, sedentarismo, malos hábitos alimentarios, relaciones sexuales desprotegidas, exposición a radiaciones solares y violencia.
- Promover el conocimiento sobre la importancia de la inmunización en la prevención de enfermedades.
- Promover conocimientos para la participación activa de la población en su autocuidado en relación con la prevención del cáncer (cervicouterino, mamas, pulmón, bucal, piel, colon, próstata y otros), así como la identificación de sus signos de alarma.
- Identificar las vías de transmisión de enfermedades (respiratoria, digestiva, piel y mucosa).
- Fomentar la detección de enfermedades genéticas por medio del pesquisaje en los grupos de riesgo.
- Promover el uso racional de los medicamentos.
- Identificar los riesgos potenciales de accidentes en el hogar, escuelas, círculos infantiles, centros de trabajo, lugares públicos y del tránsito.
- Informar el plan de contingencia para el enfrentamiento de catástrofes, desastres naturales y de tiempo de guerra.
- Reconocer la importancia del chequeo preempleo, periódico y de reincorporación del trabajador y del chequeo al escolar.
- Promover la salud bucal mediante:
 - El autoexamen bucal 1 vez al mes, a partir de los 15 años de edad.
 - Velar por el cumplimiento de la visita anual al estomatólogo.

- Velar por el cumplimiento de las acciones preventivas en las escuelas, círculos infantiles y en el hogar.
 - Remitir a la consulta de Puericultura en Estomatología y a la Consejería de Salud Bucal.
 - Trabajar de manera conjunta con el estomatólogo, combatiendo las adicciones, fomentando la lactancia materna, la alimentación saludable, la prevención y control de hábitos deformantes, así como estimular la higiene bucal.
2. De la prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud. Para alcanzar los objetivos:
- Prevenir la aparición de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud de la población.
 - Realizar acciones integrales de salud en ambientes especiales, haciendo énfasis en el ambiente escolar y ocupacional.
 - Garantizar con calidad el diagnóstico precoz y la atención médica integral y dispensarizada.
- 2.1 Dispensarizar a su población.
- 2.2 Identificar los factores de riesgo dañinos a la salud del individuo y la comunidad, con el propósito de realizar acciones individuales y familiares para evitar enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles.
- 2.3 Realizar actividades educativas a toda la población, sobre la importancia de conocer los riesgos a los que se expone, ante la propuesta de salida para realizar actividades en otros países.
- 2.4 Realizar actividades educativas a toda la población, sobre la importancia de completar su esquema de vacunación internacional y su chequeo médico antes y al regreso de viajar al extranjero.
- 2.5 Identificar las personas con factores de riesgo dañinos a la salud como son: tabaquismo, dislipidemias, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, alcoholismo y otras adicciones, malos hábitos alimentarios y polifarmacia, con el propósito de realizar acciones individuales y familiares, en grupos específicos de centros de trabajo y estudio para evitar enfermedades crónicas no transmisibles.
- 2.6 Identificar las barreras arquitectónicas en su comunidad y promover acciones para su eliminación.
- 2.7 Realizar la vigilancia nutricional a toda la población y en centros de trabajo y de estudios.
- 2.8 Realizar actividades de planificación familiar con énfasis en mujeres que por su condición o enfermedad representan riesgo reproductivo y preconcepcional.
- 2.9 Demandar la disponibilidad de métodos anticonceptivos necesarios, enfatizando en el uso del condón como método anticonceptivo y para evitar las infecciones de transmisión sexual (ITS).

- 2.10 Informar a la población sobre las prácticas de sexo seguro o sexo protegido.
- 2.11 Identificar en su comunidad los grupos vulnerables de contraer ITS (mujeres, hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y jóvenes.)
- 2.12 Fomentar la formación de promotores para realizar actividades de promoción y prevención de salud en los grupos de riesgo de su población.
- 2.13 Identificar e indicar acciones específicas en las mujeres o embarazadas con factores predisponentes, con el fin de disminuir el bajo peso al nacer.
- 2.14 Vacunar a toda la población, de acuerdo al esquema oficial de inmunización vigente en Cuba, u otra población considerada de riesgo de padecer enfermedad transmisible evitable por vacuna.
- 2.15 Detectar tempranamente síntomas y signos de alarma de cáncer (cervicouterinas, de las mamas, pulmón, próstata, bucales, de la piel, colon y otras).
- 2.16 Reportar de inmediato las enfermedades o situaciones comprendidas en el sistema de información directa que puedan afectar la salud de las personas, las familias y la comunidad.
- 2.17 Prevenir las enfermedades genéticas por medio del pesquisaje activo de estas (alfafetoproteína, fenilcetonuria, cromatografía en líquido amniótico, electroforesis de hemoglobina (HgS), ultrasonido y otras).
- 2.18 Realizar pesquisaje activo de afecciones crónicas y agudas transmisibles, como la tuberculosis, VIH/sida, dengue, lepra, sífilis, blenorragia, hepatitis, parasitismo intestinal, paludismo, zoonosis, síndrome neurológico infeccioso y otras.
- 2.19 Mantener una pesquisa sistemática e intensificada de sintomáticos respiratorios entre las personas de mayor vulnerabilidad, en la población considerada como de alto riesgo de tuberculosis atendiendo a la estratificación.
- 2.20 Realizar pesquisaje activo de afecciones crónicas no transmisibles como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, asma bronquial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), dislipidemias, obesidad, insuficiencia renal crónica (IRC), entre otras.
- 2.21 Participar activamente en las acciones de control de foco de todos los casos de enfermedades transmisibles detectados en la comunidad.
- 2.22 Acometer la localización temprana, control y seguimiento correspondientes de los contactos de enfermedades transmisibles detectadas o sospechadas en la comunidad.
- 2.23 Realizar examen médico preempleo, periódico y de reincorporación a los trabajadores que residen en su comunidad, así como, el chequeo para optar por la licencia de conducción.
- 2.24 Realizar el examen médico a los niños para la incorporación a círculos infantiles y a escolares que arriben al primer y séptimo grado, que residen en su comunidad.

- 2.25 Detectar y realizar acciones para modificar los riesgos de accidentes del hogar, escuelas, círculos infantiles, centros de trabajo, lugares públicos y del tránsito, orientando las medidas oportunas para evitarlos.
- 2.26 Detectar y realizar acciones para modificar situaciones laborales, escolares y familiares generadoras del estrés psicosocial capaces de influir en la salud.
- 2.27 Detectar y realizar acciones para modificar conductas y situaciones que puedan propiciar intentos suicidas y suicidio.
- 2.28 Detectar y realizar acciones para modificar conductas inadecuadas que propicien la aparición de afecciones bucodentales, con énfasis en el cepillado, la utilización de fluoruros, y en el examen físico para la prevención o detección precoz del cáncer bucal a partir de los 15 años de edad.
- 2.29 Prevenir la aparición de daños a la salud provocados por el uso de medicamentos, identificando personas con factores de riesgo como son: poblaciones especiales, pacientes con enfermedades renales, hepáticas y cardiovasculares, pacientes con polifarmacia, inmunodeprimidos y alergia, con el objetivo de individualizar el tratamiento y garantizar un uso racional de los medicamentos.
- 2.30 Identificar riesgos y orientar acciones para el control de la rabia en su comunidad.
- 2.31 Realizar la atención, el seguimiento y el control del paciente con mordedura de animal, así como coordinar la observación de este.
3. De la atención médica. Para alcanzar los objetivos:
 - Realizar acciones integrales de salud en ambientes especiales, haciendo énfasis en el ambiente escolar y ocupacional.
 - Garantizar con calidad el diagnóstico precoz y la atención médica integral y dispensarizada.
- 3.1 Dispensarizar a toda su población.
- 3.2 Garantizar la atención integral de forma planificada o espontánea en el consultorio y en el hogar, a toda la población residente en la comunidad y a todas las personas que estén de forma transitoria en esta.
- 3.3 Aplicar los métodos clínico, epidemiológico y social en su actuación profesional, haciendo uso racional de los medios diagnósticos y medicamentos (no prescribir recetas por complacencia).
- 3.4 Brindar atención priorizada a embarazadas, puérperas y recién nacidos.
- 3.5 Brindar una atención diferenciada a la población adulta mayor.
- 3.6 Brindar una atención diferenciada a los donantes de sangre.
- 3.7 Implementar la atención integral de las personas con VIH/sida a nivel del

consultorio [diagnóstico precoz, tratamiento y adherencia a antirretrovirales (ARV)].

- 3.8 Solicitar las interconsultas a otros especialistas para evaluar de conjunto a los pacientes, tanto en el hogar como en el consultorio.
- 3.9 Ingresar en el hogar a los pacientes que lo requieran, según criterio médico, cumpliendo lo establecido para estos casos, dando prioridad al contexto familiar y comunitario que permitan una evolución adecuada.
- 3.10 Brindar asistencia de urgencia en el consultorio, en el hogar y en cualquier lugar, conduciendo al paciente por los servicios que necesite del sistema.
- 3.11 Participar en la atención hospitalaria de sus pacientes por medio de visitas e intercambio con los médicos del hospital y recibir información para su seguimiento en el hogar.
- 3.12 Garantizar la atención médica en centros escolares y laborales que se encuentren en su radio de acción, siempre y cuando estos no dispongan de este profesional.
- 3.13 Realizar análisis y discusión de las defunciones que ocurran en sus pacientes.
- 3.14 Garantizar el cumplimiento de las normas establecidas para el uso y vigilancia de los medicamentos.
- 3.15 Garantizar la remisión al estomatólogo de toda la población que lo requiera, controlar el alta de los grupos priorizados e incluir en la dispensarización los que se diagnostiquen con cáncer bucal u otra afección que se considere.
- 3.16 Brindar asistencia médica, antes, durante y después de situaciones excepcionales y para tiempo de guerra.
- 3.17 Brindar seguimiento a los viajeros que arriben a Cuba durante los primeros 15 días de su llegada, realizando los exámenes correspondientes según lo establecido.
- 3.18 Notificar a los diferentes niveles y remitir al hospital designado a todo viajero que presente cualquier sintomatología por leve que esta sea, independientemente del tiempo de estancia en Cuba.
- 3.19 Asegurar el tratamiento estrictamente supervisado por personal de salud, de los pacientes sometidos a tratamientos o quimioprofilaxis de enfermedades como: tuberculosis y lepra, entre otras.
- 3.20 Realizar el examen bucal como parte del examen físico remitiendo, a todos los que considere y lo requieran, al estomatólogo a él vinculado.
- 3.21 Orientar acciones de rehabilitación en la comunidad (hogar, instalaciones de cultura física, deportivas y otras).
- 3.22 Realizar la atención, el seguimiento y el control del paciente con mordedura de animal, indicará la observación del animal cuando sea observable, recibiendo información diaria de las condiciones del animal.

Dispensarización

Es un proceso organizado, continuo y dinámico, que permite la evaluación e intervención planificada y programada, liderado y coordinado por el equipo básico de salud, sobre la situación de salud de personas y familias, el cual se desarrolla por medio de las acciones siguientes:

- Registrar a las personas y familias por tres vías fundamentales:
 - Presentación espontánea de los individuos.
 - Visitas programadas a las viviendas.
 - Actualización sistemática con el registro del Comité de Defensa de la Revolución.
- Evaluar, de forma periódica, la salud de las personas y familias, que debe basarse en:
 - La aplicación del método clínico.
 - Aplicación del método epidemiológico con la estratificación de los riesgos, daños y discapacidades según edad y sexo.
 - La percepción del funcionamiento familiar.
 - La situación de salud familiar del individuo.

La evaluación confirmará o modificará la clasificación de las personas en uno de los cuatro grupos dispensariales establecidos:

- Grupo I: personas supuestamente sanas: las que no tienen riesgo, daño a la salud ni discapacidad y son capaces de enfrentar de manera equilibrada los problemas de la vida cotidiana con autonomía y responsabilidad, según las etapas del crecimiento y desarrollo.
- Grupo II: personas con riesgos: las que están expuestas a condiciones que, de no ser controladas, aumentan la vulnerabilidad a sufrir daños a la salud individual o familiar, disminuyendo la capacidad de enfrentar equilibradamente los problemas de la vida cotidiana.
- Grupo III: personas enfermas: las que tienen diagnóstico de enfermedad no transmisible o transmisible.
- Grupo IV: personas con discapacidades o minusvalía: las que tienen diagnóstico de discapacidad.

La evaluación de la salud familiar se debe basar siempre en:

- Estructura y composición de la familia: lo que permitirá identificar si se trata de una familia nuclear, extensa o ampliada.

- Condiciones materiales de vida: evaluar la satisfacción familiar con los ingresos económicos, las condiciones de la vivienda, la existencia de equipos domésticos y el nivel de hacinamiento.
- Salud de los integrantes de la familia: se tendrá en cuenta la situación de salud de los individuos a partir del análisis de los elementos sanógenos, los riesgos, daños o discapacidades presentes.
- Funcionamiento familiar: se evaluará el cumplimiento de las funciones básicas de la familia y la dinámica de las relaciones internas.

La evaluación ratificará o modificará la clasificación de las familias en:

- Familia sin problemas.
- Familia con problemas de salud en la(s) esfera(s) de:
 - Condiciones materiales de vida.
 - Salud de los integrantes de la familia.
 - Funcionamiento familiar.

FRECUENCIA MÍNIMA DE EVALUACIÓN

Es el número de evaluaciones que como mínimo se le deberá dar a una persona o familia. El incremento de esta frecuencia estará dado por la necesidad de atención del individuo y/o familia. Estas acciones necesarias se determinarán teniendo en cuenta el pensamiento clínico, epidemiológico y social del médico y la enfermera(o) de cada consultorio, basado en el enfoque de riesgo (Tablas 1 y 2):

- Se realizará una visita integral a la familia 1 vez al año por el médico.
- Las frecuencias mínimas de interconsultas con el clínico del Grupo Básico de Trabajo para los pacientes mayores de 18 años del Grupo dispensarial III (crónicas no transmisibles), será 1 vez al año.

Tabla 1. Evaluaciones según grupo dispensarial

Grupo dispensarial	Evaluaciones	Lugar
Grupo I: personas supuestamente sanas	1 vez al año	En consulta
Grupo II: personas con riesgos	2 veces al año	1 en consulta y 1 en terreno
Grupo III: personas enfermas	3 veces al año	2 en consulta y 1 en terreno
Grupo IV: personas con discapacidad o minusvalía	2 veces al año	En consulta o terreno

Grupos priorizados

SEGUIMIENTO A LA GESTANTE

Las actividades de terreno se realizarán fundamentalmente por la enfermera(o) del consultorio, las que deben garantizar un terreno mensual, como frecuencia mínima de evaluación (Tabla 2).

Tabla 2. Seguimiento a la gestante

Consultas	Edad gestacional
Consulta de captación	Antes de las 12 semanas
*Evaluación	En los 15 días posteriores a la captación
Consulta	A las 18 semanas
Consulta	En la semana 22 (22 a 22,6)
Reevaluación	En la semana 26 (26 a 26,6)
Consulta	En la semana 30 (30 a 30,6)
Interconsulta	En la semana 32 (32 a 32,6)
Consulta	En la semana 36 (36 a 36,6)
Consulta	En la semana 38 (38 a 38,6)
Interconsulta y remisión al hospital	En la semana 40

*Evaluación de la gestante: se realizará en el consultorio junto al obstetra del Grupo Básico de trabajo, se evaluarán los resultados de los complementarios indicados en la captación, la valoración del clínico, psicólogo y trabajador social de su GBT, del máster en genética clínica, el estomatólogo y el especialista en nutrición del policlínico, donde se ratificará o modificará la clasificación del embarazo dado por su médico de familia en la captación. En esta consulta se establecerá la estrategia de seguimiento de la gestante, según la necesidad de atención.

SEGUIMIENTO AL PUERPERIO

La frecuencia mínima de evaluación consiste en:

- Captación de la puerpera junto a su recién nacido antes de los 6 días de parida.
- Realizar 1 consulta semanal los primeros 15 días posteriores al parto, junto con el obstetra del Grupo Básico de Trabajo.
- Realizar 1 visita en el primer mes de parida, que no debe coincidir con la captación, y que se puede realizar por el médico o la enfermera(o).

SEGUIMIENTO A LOS NIÑOS

- Captación del recién nacido: antes de los 6 días de nacido, por el médico de la familia (prueba de tamizaje neonatal a los 5 días de nacido).

Grupos de edad y periodicidad de la programación de los controles 3

La puericultura se realiza por el Equipo Básico de Salud.

Los controles se resumen en las tablas 3-6.

Tabla 3. Grupo I, niño supuestamente sano

Grupo de edad	Consultas	Terrenos
Recién nacido	1 control quincenal	1 visita mensual
Lactante de 1 mes	1 control quincenal	1 visita mensual
Lactante (2 a 12 meses)	1 control mensual	1 visita mensual
Transicional (1 a 2 años)	1 control semestral	1 visita anual
Preescolar (2 a 5 años)	1 control anual	1 visita anual
Escolar (6 a 11 años)	1 control anual	1 visita anual
Adolescentes	1 control anual	1 visita anual

Tabla 4. Grupo II, niños con riesgos

Grupo de edad	Consultas	Terrenos
Recién nacido	1 control quincenal	2 visitas al mes
Lactante de 1 mes	1 control quincenal	1 visita mensual
Lactante (2 a 12 meses)	1 control mensual	1 visita mensual
Transicional (1 a 2 años)	1 control semestral	1 visita anual
Preescolar (2 a 5 años)	1 control anual	1 visita anual
Escolar (6 a 11 años)	1 control anual	1 visita anual
Adolescentes	1 control anual	1 visita anual

Tabla 5. Grupo III, niños con enfermedades crónicas de la infancia

Grupo de edad	Consultas	Terrenos
Recién nacido	1 control semanal	1 visita quincenal
Lactante de 1 a 5 meses	1 control quincenal	1 visita mensual
Lactante de 6 a 12 meses	1 control mensual	1 visita mensual
Transicional (1 a 2 años)	1 control trimestral	1 visita anual
Preescolar (2 a 5 años)	1 control semestral	1 visita anual
Escolar (6 a 11 años)	1 control semestral	1 visita anual
Adolescentes	1 control semestral	1 visita anual

Tabla 6. Grupo IV, niños con discapacidad o minusvalía

Grupo de edad	Consultas	Terrenos
Recién nacido	1 control semanal	1 visita quincenal
Lactante de 1 mes	1 control quincenal	1 visita quincenal
Lactante (2 a 5 meses)	1 control mensual	1 visita quincenal
Lactante (6 a 12 meses)	1 control mensual	1 visitas mensual
Transicional (1 a 2 años)	1 control semestral	1 visita anual
Preescolar (2 a 5 años)	1 control anual	1 visita anual
Escolar (6 a 11 años)	1 control anual	1 visita anual
Adolescentes	1 control anual	1 visita anual

Las frecuencias mínimas de interconsulta con pediatría:

- Evaluación: en los primeros 10 días del alta hospitalaria. En esta consulta se ratificará o modificará el grupo dispensarial, en que se clasificó el niño en la captación, por su médico de la familia, y se establecerá estrategias para la atención.
- A los 3; 6; 12 y 18 meses de vida.
 - Todo niño debe ser captado por el estomatólogo antes de los 3 meses y recibir seguimiento anual de esta especialidad.
 - Debe ser evaluado en consulta de genética en igual periodo de vida y reflejar resultados de esta en la historia clínica (HC) individual.
 - Las consultas, tanto de captación del recién nacido, como las de puericultura al menor de 1 año, solo se pueden realizar por los médicos.

SEGUIMIENTO A OTROS GRUPOS ESPECIALES

ADULTO MAYOR

Se realizará 1 control en consulta, donde se hace el examen periódico de salud, y 1 terreno al año.

DONANTE DE SANGRE

Se realizarán 2 controles en consulta (cada 6 meses) para cumplir con el chequeo periódico al donante, y 1 terreno al año.

El Equipo Básico de Salud puede, además, utilizar el seguimiento periódico del paciente, que es la vigilancia periódica de un aspecto concreto de la situación de salud del individuo (o de la familia o de la comunidad). No requiere de la realización completa de la evaluación de la situación de salud. El EBS determinará la periodicidad de este seguimiento.

Ingreso en el hogar

Atención integral, integrada y continua que brinda el Equipo Básico de Trabajo a los enfermos en su domicilio (hogar), siempre que las condiciones o evolución de su afección no precisen de la infraestructura hospitalaria ni asistencia compleja, pero sí de encamamiento, aislamiento o reposo.

Requisitos que debe tener el Equipo Básico de Trabajo para proceder a realizar el ingreso en el hogar:

- Situación o problema de salud del enfermo que no ponga en peligro la vida del paciente.
- Voluntariedad del paciente y de la familia de asumir los cuidados y el cumplimiento de las indicaciones hacia el enfermo durante el ingreso.
- Condiciones socioeconómicas favorables en la familia para garantizar los cuidados necesarios, así como, la compra de medicamentos, alimentos e insumos necesarios durante el ingreso.
- Condiciones ambientales e higiénicas de la vivienda que permitan garantizar la recuperación del enfermo.
- Disponibilidad de los medicamentos indicados por el médico en la red de farmacia comunitaria.
- Disponibilidad y accesibilidad para la realización de exámenes complementarios necesarios para garantizar una atención de calidad y la recuperación del enfermo.

PROPÓSITOS DEL INGRESO EN EL HOGAR

- Mejorar la calidad de la atención y elevar el nivel de satisfacción de la población con los servicios que se brindan en la Atención Primaria de salud (APS) y en particular por el Equipo Básico de Salud.
- 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, participando de esta forma en el proceso de eficiencia económica del sistema.

ACCIONES Y METODOLOGÍA PARA SU DESARROLLO

- Promover la utilización del ingreso en el hogar, siempre que se cumplan los requisitos, como forma particular de la atención, en la Atención Primaria de Salud.
- Garantizar los recursos médicos necesarios para la atención al paciente ingresado en el hogar.
- El enfermo ingresado en el hogar se debe visitar de manera diaria por el médico del Equipo Básico de Salud, el cual tendrá la responsabilidad de plasmar en la historia clínica la evolución, el cumplimiento de las indicaciones u otras observaciones propias de la atención.
- Promover el ingreso en el hogar como actividad docente e investigativa y administrativa, que impacta a la población y brinda valor agregado al sistema de salud.
- Garantizar una atención diferenciada a los menores de 1 año ingresados en el hogar, propiciando que estos sean interconsultados en las primeras 48 h por el pediatra o el especialista que se defina para estos casos.
- Fomentar la responsabilidad de la familia y la comunidad con el proceso salud enfermedad.

FUNCIONES DEL MÉDICO DEL CONSULTORIO MÉDICO DE FAMILIA

- Define el paciente tributario de ingreso en el hogar, teniendo en cuenta los requisitos.
- Notifica en la hoja de cargo el enfermo ingresado en el hogar el primer día de atención.
- Planifica las acciones de salud a cumplir diariamente por cada miembro del Equipo Básico de Salud.
- Realiza visita diaria al enfermo, la que puede incrementar, en dependencia el estado de salud del ingresado.
- Evalúa el cumplimiento de la visita realizada al enfermo por el resto de los miembros del Equipo Básico de Salud, la cual debe quedar reflejada en la historia clínica tanto por el médico, la enfermera(o) o el interno.
- Identifica y planifica interconsultas con otras especialidades.
- Utiliza el escenario del ingreso en el hogar para elevar la preparación del estudiante en el proceso docente educativo.
- Determina y explica a la familia las acciones que deben realizar para mejorar el estado de salud del paciente, e informa sobre los signos o síntomas de alarma que indiquen empeoramiento del estado de salud del enfermo para alertar inmediatamente al Equipo Básico de Salud.

- Realiza el alta de ingreso en el hogar, notificándolo en la hoja de actividades de medicina familiar.

FUNCIONES DE LA ENFERMERA(O) DEL CONSULTORIO MÉDICO DE FAMILIA

- Realiza la visita diaria del ingresado en el hogar, de manera independiente o junto con el médico de la familia.
- Cumple las indicaciones cuando dependan de acciones propias de enfermería.
- Retroalimenta al médico del estado de salud del ingresado de manera diaria.
- Plasma en la historia clínica la evolución de la visita, así como las acciones propias de enfermería.
- Capacita a los familiares de las acciones que estos le puedan realizar al enfermo en un momento determinado.

Interconsultas

Relación que se establece entre dos o más profesionales para llegar a un diagnóstico “una segunda opinión”. Las básicas se realizarán en el consultorio o en el hogar del paciente, con la presencia de los miembros del Equipo Básico de Salud, esta tiene fines docentes y asistenciales.

Premisas para garantizar la calidad en la atención médica integral y familiar

- Trabajar en equipo.
- Considerar la promoción de salud como la actividad rectora de la medicina familiar.
- Aplicar enfoque biopsicosocial, sanológico y familiar al atender a las personas.
- Explicar a la familia las acciones para mantener el estado de salud actual.
- Estimular la autorresponsabilidad.

- Considerar los aspectos éticos.
- Ver la dispensarización como un proceso de atención, no como un registro, informando al paciente la importancia del control sistemático para mantener la calidad de vida.
- No trabajar por programas, sino por problemas.
- Priorización de la atención médica.
- Centrar la atención del anciano en lo que más limita su calidad de vida, que son los factores relacionados con el funcionamiento, el validismo y las condiciones sociales o de dependencia.
- Ser un proceso de aproximaciones sucesivas, donde cada contacto individual es una oportunidad para intervenir en la familia y viceversa.
- Considerar la salud bucal como parte de la salud general de los individuos.

Documentos de trabajo del Equipo Básico de Salud

- Hoja de actividades de medicina familiar. Solo se consignará lo que solicita el modelo.
 - Historia clínica individual.
 - Historia de salud familiar.
 - Planificación de acciones de salud.
 - Análisis de la Situación de Salud.
 - Pancarta informativa, con la hoja de localización.
 - Registro de certificados médicos.
 - Tarjetero de vacunación.
 - Tarjetero de prueba citológica.
 - Hoja de registro de actividades de enfermería (procedimientos).
4. De la rehabilitación. Para alcanzar el objetivo:
 - Desarrollar la rehabilitación con base comunitaria, dirigida a las personas con discapacidad y factores de riesgo de padecerla.
 - 4.1 Identificar los integrantes de la familia que presentan alguna discapacidad y/o factores de riesgo de padecerla.
 - 4.2 Promover la incorporación de los pacientes con discapacidad a los servicios de rehabilitación integral para la habilitación o rehabilitación de las funciones afectadas.
 - 4.3 Promover la atención interdisciplinaria en el servicio de Rehabilitación Integral a niños con trastornos del neurodesarrollo, mujeres embarazadas,

ancianos y pacientes con factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles.

- 4.4 Promover la práctica sistemática de la actividad física en función de mejorar la calidad de vida, con la utilización de los escenarios propios de la comunidad.
- 4.5 Motivar e interesar a la familia, la comunidad y otros sectores involucrados en el manejo de la discapacidad.
- 4.6 Solicitar al servicio de rehabilitación la evaluación, tratamiento y seguimiento de los pacientes con criterios de ingreso para rehabilitación domiciliaria.
- 4.7 Dar seguimiento a los pacientes que reciben tratamiento rehabilitador en las instituciones de salud de nivel secundario y terciario.
- 4.8 Remitir al estomatólogo los que necesiten rehabilitación protésica, participando en la priorización de los que por su condición de salud lo requieran.
- 5 De lo higienicosanitario. Para alcanzar los objetivos:
 - Promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en la participación activa de la comunidad organizada y la intersectorial.
 - Prevenir la aparición de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud de la población.
 - Realizar acciones integrales de salud en ambientes especiales, haciendo énfasis en el ambiente escolar y ocupacional.
- 5.1 Promover el saneamiento ambiental de su comunidad, así como de las condiciones higiénicas sanitarias en los centros escolares y laborales que se encuentran en su radio de acción.
- 5.2 Ejercer vigilancia sistemática sobre las condiciones higiénicas sanitarias de la vivienda y sus alrededores, así como sobre los hábitos higiénicos de las personas, familias y comunidad.
- 5.3 Identificar factores higiénicos sanitarios adversos que influyen de forma negativa en la salud de la comunidad y buscar posibles soluciones.
- 5.4 Garantizar que el consultorio vivienda sea el lugar de mejores condiciones higiénicas sanitarias del territorio.
- 6 De lo social. Para alcanzar los objetivos:
 - Desarrollar acciones que permitan alcanzar cambios positivos en la integración social del individuo, la familia y la comunidad.
 - Promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en la participación activa de la comunidad organizada y la intersectorial.
- 6.1 Identificar los problemas sociales que afecten la salud de los individuos, las familias y a la comunidad y buscar posibles soluciones.
- 6.2 Establecer relaciones con dirigentes de las organizaciones de masas, políticas, el delegado y la población, para participar en la identificación y soluciones

- para sus problemas de salud, así como la evaluación de los resultados del programa.
- 6.3 Capacitar a las brigadistas sanitarias y a los responsables de salud de los Comités de Defensa de la Revolución y la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP), así como otros para elevar sus conocimientos en relación con la salud.
 - 6.4 Brindar información sistemática al delegado de la circunscripción y a los dirigentes de los organismos de masa sobre los problemas de salud del territorio y los logros alcanzados.
 - 6.5 Realizar el Análisis de la Situación de Salud de la comunidad, al menos 1 vez al año y analizarlo con los factores de la comunidad, para lograr complementar acciones en función de la salud de la población.
 - 6.6 Realizar y discutir anualmente el Análisis de la Situación de Salud con la comunidad y sus factores, para accionar y lograr modificaciones en el estado de salud de su población.
 - 6.7 Estimular actividades sociales que tienden a la integración de la familia y la comunidad como:
 - Círculos de abuelos.
 - Círculos de adolescentes.
 - Círculos de niños.
 - Círculos de embarazadas.
 - Encuentros deportivos.
 - Encuentros culturales.
 - Actividades de recreación.
 - Otras.
 - 7 De la docencia. Para alcanzar el objetivo.
 - Contribuir a la formación de profesionales y técnicos de la salud, a partir de una concepción ético y humanista de la profesión médica, la formación y desarrollo de valores, junto a una sólida preparación científicotécnica.
 - 7.1 El médico y la enfermera(o) de la familia al desempeñarse como profesores, deben ser ejemplo ante los estudiantes y residentes, mantener su superación científica, política y técnica, transmitiendo los valores que caracterizan al profesional de la salud.
 - 7.2 Participar en los procesos de formación en las carreras y especialidades de las ciencias de la salud, como estudiante, como tutor o profesor, en actividades docentes según los planes de estudios vigentes, con énfasis en las actividades de promoción de salud y prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud, en los consultorios acreditados para la docencia.

- 7.3 Incorporar a sus estudiantes y residentes a todas las actividades docentes asistenciales programadas en el día por el Equipo Básico de Salud, según los programas de formación.
- 7.4 Enseñar a los estudiantes y residentes la confección y manejo de todos los documentos y controles necesarios para el funcionamiento adecuado del *Programa del médico y enfermera de la familia*.
- 7.5 Estimular el estudio independiente del médico y enfermera(o) de la familia y proporcionar la información científicotécnica al personal profesional y técnico del policlínico por intermedio de:
 - a) Servicios de biblioteca.
 - b) Suministro de las revistas de “Medicina General Integral”, “Estomatología” y demás publicaciones dirigidas al médico y la enfermera(o) de la familia.
 - c) Por las vías pertinentes se debe asegurar la disponibilidad de otras fuentes y modalidades de información científicotécnica para los médicos de la familia, especialistas y técnicos, coordinando su acceso estas.
- 8 De la investigación. Para alcanzar el objetivo:
 - Desarrollar investigaciones, fundamentalmente a partir de los problemas identificados en el Análisis de la Situación de Salud de su comunidad.
- 8.1 Desarrollar proyectos de investigación que respondan fundamentalmente a los problemas identificados en el Análisis de la Situación de Salud u otras líneas de investigación aprobadas por el consejo científico del policlínico.
- 8.2 Vincular los trabajos de terminación de la especialidad a los temas de investigación que respondan al Análisis de la Situación de Salud, con la aprobación del consejo científico de cada institución.
- 8.3 Participar en actividades científicas.
- 8.4 Participar en la asimilación e introducción de los logros de la ciencia y la técnica.
- 8.5 Divulgar los resultados de sus investigaciones.

Del control

1. La evaluación está dirigida fundamentalmente a medir los resultados alcanzados, dado por los cambios favorables en la salud de la población, siendo los profesores de los Grupos Básicos de Trabajo el elemento fundamental de esta.
2. La información estadística, que será tomada como base para la evaluación, debe estar en correspondencia con las Resoluciones que se dictan al efecto por el Ministerio de Salud Pública, la cual norma el número de registros y

controles que debe llevar el médico y enfermera(o) de la familia; bajo ninguna circunstancia aparecerán nuevos tipos de registros para ser llevados por este personal.

3. El procesamiento de la información estadística se realizará por el personal de estadística asignado al Grupo Básico de Trabajo, el cual le suministrará, de manera sistemática, la información al médico y a la enfermera(o) de la familia de los resultados de esta en su población. Esta información se consolidará mensualmente, lo que sirve de base para el análisis de la marcha del programa y su presentación en la reunión del Grupo Básico de Trabajo. Los aspectos cualitativos se obtendrán mediante la utilización de instrumentos y herramientas de trabajo (encuestas, observación, entre otros) que evalúen los procesos en la actividad docente asistencial, investigativa y administrativa, en todos los escenarios.
4. Mensualmente se analizará, en la reunión del Grupo Básico de Trabajo, los procesos que se van alcanzando en el desarrollo del trabajo, para ello, se utilizará la siguiente información la cual será suministrada por el estadístico del policlínico:
 - Número de consultas, según la dispensarización.
 - Número de terrenos.
 - Número de ingresos en el hogar.
 - Número de atenciones a familias.
 - Embarazadas no captadas precozmente (intermedia y tardía).
 - Embarazadas menores de 20 años, y de 35 y más.
 - Estado nutricional de la embarazada.
 - Puérperas no captadas antes de los 6 días de parida.
 - Recién nacidos no captados antes de los 6 días de nacido.
 - Niños con bajo peso al nacer.
 - Recién nacidos con lactancia materna exclusiva (hasta 6 meses).
 - Atenciones a niños con enfermedades crónicas.
 - Número de casos diagnosticados de enfermedades transmisibles prevenibles y no prevenibles por vacuna y control de foco.
 - Accidentes ocurridos en el hogar.
 - Número de exámenes periódicos de salud.
 - Número de atenciones a ancianos solos.
 - Número de atenciones a discapacitados.
 - Número de consultas por los especialistas básicos y no básicos.
 - Embarazadas con alta estomatológica y otros grupos priorizados que se consideren.
 - Otros que se consideren necesarios.

5. En la reunión del Grupo Básico de Trabajo también se analizará, a partir de la propia información que poseen los médicos y enfermeras(os) de la familia, sus profesores y otros integrantes de este, los aspectos siguientes:
 - Embarazadas y recién nacidos que no se les realizan las pruebas genéticas establecidas.
 - Número de personas que faltan por inmunizar.
 - Número de mujeres por realizar citología vaginal (examen o reexamen).
 - Análisis de las conclusiones del estudio de las defunciones ocurridas: fetales, niños menores de 1 año, preescolar, escolar, materna y adulto).
 - Análisis de la atención de algunos pacientes ingresados en el hospital y en el hogar (a decisión de los profesores del Grupo Básico de Trabajo).
 - Desarrollo de los programas docentes de pregrado, de especialización y de superación profesoral.
 - Calidad de la consulta e interconsulta (intercambio científicotécnico).
 - Número de evaluaciones concurrentes y retrospectivas de los profesores del Grupo Básico de Trabajo.
 - Utilización de los cuerpos de guardia del policlínico y los hospitales, por parte de su población.
 - Problemas higienicoepidemiológicos que se detecten, destacándose por su importancia los focos de *Aedes aegypti*.
 - Análisis del grado de satisfacción de la población y de los miembros del Grupo Básico de Trabajo, mediante las opiniones recogidas.
 - Anualmente se evaluará al Equipo Básico de Salud, a partir del Análisis de la Situación de Salud previamente a su presentación a la comunidad.
 - Embarazadas con alta estomatológica y otros grupos priorizados que se consideren.
 - Orientaciones y temas de actualización de enfermería.
 - Espacio para reconocimiento de los resultados del trabajo.

Análisis de la Situación de Salud

Es una práctica necesaria en la Atención Primaria de Salud, que persigue identificar las características sociopsicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución.

El análisis de la situación de salud tiene como propósito básico entender las causas y consecuencias de los diferentes problemas de salud en la comunidad, y se concibe como un tratamiento interdisciplinario y flexible en su aplicación.

Para su realización se requiere de un análisis integral relacionado con el contexto, los riesgos, los servicios de salud, los daños a la salud en las personas y las familias, así como la participación de la población y otros sectores en la solución de los problemas presentes en la comunidad.

Para la realización del Análisis de la Situación de Salud en la comunidad, el Equipo Básico de Salud debe tener en cuenta los componentes siguientes:

Componente 1: Descripción de la comunidad.

Componente 2: Identificación de riesgos a nivel comunitario, familiar e individual.

Componente 3: Descripción de los servicios de salud existentes y análisis de las acciones de salud realizadas.

Componente 4: Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población.

Componente 5: Análisis de la participación de la población en la identificación y solución de problemas de salud:

Componente 6: Análisis de la intersectorialidad en la gestión de salud en la comunidad.

Componente 7: Elaboración del plan de acción.

En resumen, para la realización del Análisis de la Situación de Salud, se debe describir y realizar un análisis crítico de los componentes sociohistóricos, culturales y sociodemográficos de la población, de los riesgos personales, familiares y comunitarios para identificar sus interrelaciones y explicar los daños de la salud como resultado de este proceso mediante la utilización del método clínico, epidemiológico y social en el cual la participación de la población y la intersectorialidad representan pilares fundamentales de este proceso. Se debe tener en cuenta el componente bucal en el Análisis de la Situación de Salud que ejecuta el estomatólogo a él vinculado.

Metodología para el control del trabajo del médico y la enfermera(o) de la familia

PREMISAS PARA EL CONTROL

1. El control irá dirigido fundamentalmente a medir los resultados positivos o negativos alcanzados.

2. Los profesores de los Grupos Básicos de Trabajo tienen una función fundamental en el control de la actividad científicotécnica y de la actitud ante el trabajo.
3. La información estadística, que será tomada como base para el control, debe estar en correspondencia con las Resoluciones del Ministerio de Salud Pública, la cual norma el número de registros y controles que deben llevar el médico y la enfermera(o) de la familia; bajo ninguna circunstancia aparecerán nuevos tipos de registros para ser llevados por este personal.
4. El procesamiento de la información estadística se realizará por personal del policlínico; suministrándole mensualmente al médico y la enfermera(o) de la familia los resultados de esta en su población.
5. La repercusión que se va produciendo sobre el cuerpo de guardia de los hospitales y policlínicos, debe ser incorporada como elemento cualitativo de control del trabajo del médico y la enfermera(o) de la familia.

ELEMENTOS A TENER EN CUENTA EN EL CONTROL

1. Modificaciones del estado de salud de la población.
2. La opinión de la población sobre el servicio recibido.
3. La utilización de los métodos clínico, epidemiológico y social.
4. El adecuado empleo de medios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (ultrasonido, rayos X, laboratorio clínico, medicamentos y otros).
5. La utilización adecuada de las interconsultas (intercambio científicotécnico).
6. La utilización de los cuerpos de guardia de los hospitales y policlínicos por la población, considerando la función desempeñada por el médico y la enfermera(o) de la familia en el traslado de los pacientes urgentes.
7. El cumplimiento de las actividades asistenciales y docentes programadas.
8. La calidad de la atención a los pacientes fallecidos y los ingresados.
9. La evaluación de las historias clínicas.

CONTROL EN EL GRUPO BÁSICO DE TRABAJO

1. Los profesores tienen una función fundamental y la máxima responsabilidad en la ejecución del control que se realiza al trabajo del médico y la enfermera(o), siendo el máximo responsable el Jefe del Grupo Básico de Trabajo, el cual planificará los controles, entre todos los profesores del grupo, controlando al menos cada 15 días a la totalidad de sus consultorios.
2. Su participación junto a ellos, en la ejecución de las interconsultas en el propio consultorio, así como en las labores de terreno y en la guardia, permite una evaluación sistemática y real de la labor.

3. La enseñanza del profesor no se puede separar de la práctica médica, siendo de hecho una docencia permanente, en servicio, la cual debe manifestarse en cada una de las actividades que desarrolla junto al médico de la familia y forma parte de la evaluación de la residencia.
4. Las actividades principales mediante las cuales los profesores ejercen el control son las siguientes:
 - Visitas periódicas al consultorio de los médicos y enfermeras(os) de la familia, realizando evaluaciones concurrentes y retrospectivas.
 - Visitas periódicas al terreno junto a los médicos y enfermeras(os) de la familia.
 - Participación en las guardias médicas en los servicios de urgencias.
 - La reunión mensual del Grupo Básico de Trabajo y la reunión anual del Análisis de la Situación de Salud.
 - Las actividades docentes programadas.
5. La supervisora de enfermería estará subordinada al Jefe del Grupo Básico de Trabajo, participando también en el control del trabajo, visitando periódicamente el consultorio y el terreno, con la finalidad de valorar de forma integral el cumplimiento de la labor.

VISITAS PERIÓDICAS AL CONSULTORIO DE LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS(O) DE LA FAMILIA

Los profesores deberán visitar no menos de 1 vez a la quincena a cada médico de la familia, bajo su responsabilidad. En estas visitas se efectuarán entre otras, las actividades siguientes:

- Conocer los problemas y dificultades que se les presentan al médico y la enfermera(o) de la familia en el desarrollo de su trabajo, e incluso, fuera de este. En cada caso debe dar sus decisiones o criterios y, cuando no le sean factibles, tomará nota del asunto para darle respuesta lo más rápido posible.
- Evaluar integralmente la práctica médica incluyendo técnicas, procedimientos y habilidades. Valorar el desarrollo de las actividades, que incluya el adecuado cumplimiento de la disciplina laboral y el comportamiento ético, observar su trabajo directo con los pacientes y familias, la manera de conducir la entrevista, de hacer el examen físico, de explicar las indicaciones pertinentes, la evolución y el pronóstico. Especial atención se le debe otorgar al ejemplo personal del médico y la enfermera (o), con una correcta apariencia física y mediante el cumplimiento sistemático de las reglas de higiene que debe transmitir a la población. El consultorio y la casa del médico y la enfermera(o) deben ser los locales más limpios y ordenados del territorio.

- Interconsultar a los pacientes, para lo cual el médico de la familia debe haber preparado adecuadamente la presentación del caso.
- Evaluar al azar un grupo de historias clínicas, detectando los posibles errores de contenido y forma que se hayan podido cometer y asesorar al médico de familia para que los corrija de inmediato.
- Evaluar las anotaciones en la historia clínica familiar y verificar el cumplimiento de estas, así como la ágil información a sus pacientes de los resultados de las investigaciones complementarias.
- Interesarse por los ingresos en el hogar que se hayan efectuado, orientando adecuadamente al médico de la familia en la atención de estos; pudiendo valorar el caso en el propio hogar del paciente.
- Discutir con el médico de la familia la organización del trabajo del mes y el desarrollo del anterior (1 vez al mes).

VISITAS PERIÓDICAS AL TERRENO JUNTO A LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS(O) DE LA FAMILIA

Los médicos y enfermeras(os) de la familia recibirán, como mínimo 1 vez al mes, la visita de uno de los profesores del Grupo Básico de Trabajo con la finalidad de realizar visitas de terreno. En estas, se valorará el trabajo de forma integral, incluyendo los aspectos higienicosanitarios de la comunidad.

PARTICIPACIÓN EN LAS GUARDIAS MÉDICAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

El profesor debe participar, junto a los médicos, en las guardias que realicen en los servicios de urgencias, facilitando el control del trabajo y el desarrollo de la docencia.

Al organizar la guardia se debe tomar en consideración este aspecto, de forma tal que, de ser factible, el profesor coincida con sus residentes en esta.

LA REUNIÓN MENSUAL DEL GRUPO BÁSICO DE TRABAJO Y LA REUNIÓN ANUAL DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

Un elemento de importante valor lo es la reunión mensual del Grupo Básico de Trabajo, donde participan todos los médicos y enfermeras(os) de la familia de dicho grupo, junto a los profesores y supervisora de enfermería. La reunión será presidida por el Jefe del Grupo Básico de Trabajo, pero asistirán

permanentemente el Director del policlínico y Vicedirectores. Se discutirán con carácter obligatorio las cuestiones siguientes:

- La productividad y el cumplimiento de actividades planificadas.
- Discusión de las conclusiones del estudio de todos los fallecidos y de algunos pacientes ingresados en el hospital y en el hogar.
- Cumplimiento y calidad del *Programa docente*. Identificar problemas de competencia y desempeño y las posibles soluciones. Impartir temas de actualidad para el buen funcionamiento de los consultorios.
- La calidad de las interconsultas y la utilización de los cuerpos de guardia del hospital y del policlínico por la población.
- Problemas higienicoepidemiológicos que presente el territorio.
- La opinión de la población.
- Problemas de funcionamiento del policlínico y los hospitales que están afectando la labor de los médicos y las enfermeras(os) de la familia.
- Analizar con la participación activa del colectivo: errores, deficiencias o aspectos positivos, planteándose estas mediante la presentación del problema y referirlo, siempre que sea factible, al Código de Honor del médico de la familia.

La Reunión del Análisis de la Situación de Salud se celebrará con una periodicidad anual, en esta se analizarán los elementos fundamentales que caracterizan el cuadro de salud de la comunidad, proponiéndose medidas concretas para su solución.

LAS ACTIVIDADES DOCENTES PROGRAMADAS

Las actividades docentes contempladas en el programa de la residencia de la especialidad de Medicina General Integral son actividades importantes en la evaluación de la labor.

El desenvolvimiento del médico en las clínicas radiológicas, clínicas epidemiológicas, revisiones bibliográficas, conferencias y otras actividades permiten también conocer las capacidades y habilidades que se desarrollan en la residencia.

A continuación se detalla la forma en que los elementos del control mencionados, se tomarán en cuenta en el trabajo del Grupo Básico de Trabajo.

– Modificaciones del estado de salud de la población:

Las modificaciones del cuadro de salud de la población se medirán por medio del Análisis de la Situación de Salud de su población, el que se realizará con una frecuencia anual.

El Vicedirector de Higiene y Epidemiología brindará al médico de la familia, los datos que soliciten para la confección del Análisis de la Situación de Salud, asegurando la participación del especialista o técnico responsabilizado con la labor higienicoepidemiológica de su área.

Otro elemento importante es la visita periódica del profesor al terreno, donde supervisará el estado higienicosanitario del territorio asignado al médico, comprobando los resultados de la educación sanitaria y los adecuados hábitos de vida de la población.

– Opinión de la población sobre el servicio recibido:

La opinión de la población debe ser uno de los elementos fundamentales en la valoración del trabajo, el cual no se puede enmarcar dentro de rígidos mecanismos.

Los profesores deben saber percatarse del estado de opinión de la población mediante sus visitas sistemáticas a los consultorios y al terreno, no obstante, se pueden establecer algunos mecanismos, previos a la celebración de la reunión de Análisis de la Situación de Salud. Estos pueden ser los siguientes: encuestará a una parte de la población, actividad que realiza el psicólogo que atiende en el Grupo Básico de Trabajo, también los profesores recogerán para discutirse en dicha reunión, las opiniones que del trabajo del médico y la enfermera(o) tienen los delegados del Poder Popular de las circunscripciones, los presidentes de los Comités de Defensa de la Revolución, la secretaria del Bloque de la Federación de Mujeres Cubanas y el Delegado de la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños.

Otro aspecto de muy importante consiste en las opiniones que la población puede emitir directamente al delegado o en las reuniones de Rendición de Cuentas con él.

También se deben tomar en consideración las opiniones que espontáneamente la población pueda transmitirle a cualquiera de los dirigentes del policlínico.

Todos los elementos se discutirán en la Reunión Mensual del Grupo Básico de Trabajo y en la del Análisis de la Situación de Salud, donde la opinión de la población desempeña un papel fundamental.

Es importante señalar que las opiniones que puedan constituir una queja o violación de los principios éticos, deben ser discutidas de inmediato por el Jefe del Grupo Básico de Trabajo y analizadas en el colectivo para sacar las conclusiones educativas que eviten la repetición de estas.

– Utilización adecuada de la interconsulta:

El médico de la familia tiene la obligación de realizar la presentación del paciente y de la historia clínica al interconsultante, el que evalúa y define la conducta que se ha de seguir con el paciente.

Este proceso debe ser evaluado y resulta un reflejo de los conocimientos y los cambios cualitativos alcanzados por el médico de la familia.

Los errores cometidos por el médico de la familia en la exposición, la atención incorrecta al paciente, las reincidencias de iguales enfermedades u otros errores, no deberán ser recriminados o corregidos delante del paciente y, de tener que ser así, por formar parte de la docencia, deberá emplearse con mucho tacto para no lesionar el prestigio del médico de la familia.

El resultado de estas evaluaciones se discutirán mensualmente en la Reunión de los Grupos Básicos de Trabajo.

- Utilización de los cuerpos de guardia de los hospitales y de los policlínicos por la población:

La utilización de este elemento en el control del trabajo es fundamental, pues resulta un reflejo directo de la cobertura y de la calidad de la labor del médico y la enfermera(o) de la familia.

El control del flujo de pacientes a los cuerpos de guardia es difícil de medir en toda su magnitud en las grandes ciudades, donde las posibilidades de atención son diversas y donde, en ocasiones, la regionalización no está condicionada por la cercanía geográfica del hospital, sino por las posibilidades de atención, no obstante, puede conocerse en cierta medida como ocurre este flujo.

Este control está condicionado por la posibilidad de recogida y procesamiento de los datos en los cuerpos de guardia de los hospitales y los policlínicos; por lo que es necesario reglamentar que en la hoja de cargo del cuerpo de guardia se recoja junto con la dirección del paciente, el nombre del policlínico al que corresponde para realizar estudios puntuales en los lugares que se evidencie una elevada afluencia de pacientes a los cuerpos de guardia de los hospitales o del policlínico, pertenecientes a un médico de la familia. Se tendrá que profundizar en sus causas, discutiéndose esta situación con los ellos.

- Cumplimiento de las actividades docentes y asistenciales programadas:

El cumplimiento de las actividades del *Programa de Atención Integral a la Familia* que el médico de la familia realiza, es un elemento de importante valor en la evaluación.

Mensualmente, los estadísticos del policlínico procesarán la información que reciben a partir de la hoja de consulta del médico y la enfermera(o), elaborando un grupo seleccionado de indicadores, los que enviarán a cada médico de forma tal que pueda ir conociendo el estado de su labor ahorrando el trabajo estadístico del médico.

Estos indicadores deben ser discutidos en la Reunión Mensual del Grupo Básico de Trabajo.

El Jefe del Grupo Básico de Trabajo y los profesores discutirán además, en dicha reunión, el cumplimiento del resto de las actividades que realiza el médico de familia como:

- La guardia médica.
- El desarrollo de la docencia.

Los aspectos relacionados con la guardia médica se discutirán a partir de la propia información que poseen los profesores al participar junto con los residentes en esta actividad, y por la información de la dirección del hospital, la cual está obligada a comunicar de inmediato al Director del Policlínico de cualquier ausencia o eventualidad negativa ocurrida durante la esta.

- Discusión de la calidad de la atención a los pacientes fallecidos e ingresados:
Se discutirá críticamente en la Reunión Mensual del Grupo Básico de Trabajo, todos los fallecidos ocurridos, donde se debe contemplar la historia clínica, la encuesta y el resumen de la atención en el hospital, si la hubiere.

El director del hospital asegurará que el Comité de Calidad del hospital, previa solicitud por el médico de la familia, brinde un resumen de la atención hospitalaria que recibió el paciente antes de fallecer, que incluya el diagnóstico final al cual se arribó (de ser posible anatomopatológico).

También, a criterio de los profesores, se discuten algunos casos de ingresos hospitalarios y en los hogares que por sus características puedan resultar de utilidad para la enseñanza.

Las conclusiones de esta evaluación se realizarán poniendo énfasis en los aspectos que pueden resultar de interés. Se debe seguir de cerca las experiencias del ingreso en el hogar.

- Evaluación de las historias clínicas:

El profesor chequeará al azar no menos de 5 historias clínicas individuales mensuales y una de ingreso en el hogar por cada médico de la familia, para buscar los posibles errores de contenido y forma que se hayan podido cometer, asesorando su corrección inmediata. También evaluará, de igual manera, las historias de salud familiar del consultorio, en igual cantidad.

Control por el policlínico

El control ejercido por la dirección del policlínico, es de vital importancia para el desarrollo adecuado del Programa.

El Director del Policlínico tiene que apoyarse en todos los miembros del Consejo de Dirección para poder controlar adecuadamente el trabajo, para lo cual debe exigirle a cada uno de sus miembros profundización en los aspectos específicos de su cargo, pero sin olvidar que el control se debe desarrollar de una manera integral velando por cada uno de los aspectos éticos y conceptuales que lo fundamentan.

El contacto directo con los médicos de la familia es una de las premisas que debe caracterizar esta labor, supervisando y ayudando al desenvolvimiento del trabajo.

A continuación se detallan la forma en que se controlarán cada uno de los elementos que se han tomado como base para la evaluación, sin embargo, es fundamental hacer hincapié en la reunión semestral del Director con todos los médicos y enfermeras(os) de la familia, actividad que por su naturaleza va dirigida a evaluar todos los elementos considerados.

Dicha reunión se debe convertir en un intercambio libre de experiencias y señalamientos críticos.

El Director debe llevar a la discusión todos los aspectos problemáticos que, como resultado del control, él considera deben ser discutidos con el colectivo, tales como incumplimiento de actividades, opiniones de la población, desarrollo de las interconsultas, dificultades en la calidad de las historias clínicas y otras, variando el énfasis en estos de acuerdo a los problemas que se consideren deben ser objeto de análisis más profundo.

En dicha reunión deben participar, además de todos los miembros del Consejo de Dirección del Policlínico, los directores de los Hospitales Base y del Centro Municipal de Higiene y Epidemiología o los dirigentes que de dichas instituciones sean designados por los directores de estas, así mismo participará un representante de la Facultad correspondiente.

Se debe invitar a los representantes de las organizaciones de masa del territorio y a los delegados de la circunscripción del Poder Popular para su participación en la reunión.

Otra actividad importante en el control de la dirección es su participación en las reuniones mensuales de los Grupos Básicos de Trabajo.

A continuación se expresa la forma en que los elementos del control mencionados, se tomarán en cuenta por la dirección del policlínico.

– Modificaciones del estado de salud de la población:

El control del policlínico sobre estos resultados se realizará de la forma siguiente:

- I. Mediante la información y participación de sus dirigentes en las reuniones de Análisis de la Situación de Salud de su población que se realiza anualmente.

II. Mediante el análisis en los Consejos de Dirección del Policlínico de la situación higienicoepidemiológica, el que tomará como fuente la información del Vicedirector de Higiene y Epidemiología y el criterio de los profesores en el trabajo de terreno. El análisis del comportamiento del proceso de dispensarización y la construcción de indicadores que evalúen este proceso.

– La opinión de la población sobre el servicio recibido:

El control se realizará por medio de:

- I. La información y participación de los dirigentes del policlínico en las reuniones de Análisis de la Situación de Salud de su población que se realizan anualmente, y en las reuniones de los Grupos Básicos de Trabajo.
- II. Las encuestas sistemáticas que los psicólogos y otros profesionales o trabajadores capacitados (como atención a la población) del policlínico, realizan a la población, previa a la celebración de la reunión de Análisis de la Situación de Salud.
- III. La recogida de opinión a coordinadores de Zona de los Comités de Defensa de la Revolución, Presidentes de Delegaciones de la Federación de Mujeres Cubanas, Presidentes de Bases de la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños y los Delegados de las circunscripciones del Poder Popular (esta opinión se obtiene por medio del sistema de vigilancia en la Atención Primaria de Salud o sitios centinelas).
- IV. Quejas directas realizadas por la población.
- V. Opiniones recogidas en las Asambleas de Rendición de Cuenta del Delegado del Poder Popular.

– Utilización adecuada de las interconsultas:

La dirección del policlínico controlará mensualmente, a partir de la evaluación realizada por los profesores interconsultantes, la calidad de la participación de los médicos de la familia en las interconsultas, también controlará a los interconsultantes en cuanto a la asistencia, desarrollo de la docencia y el cumplimiento del horario. Discutirá en el Consejo de Dirección y en la Reunión del Grupo Básico de Trabajo el resultado de la evaluación de las interconsultas.

Es importante también, que el Director del Policlínico recoja cualquier opinión negativa que del trabajo de los interconsultantes planteen los médicos de la familia, con la finalidad de discutir las con dichos especialistas y con la dirección del hospital, si es una interconsulta de especialidad no básica, para analizar en la reunión de integración.

– La utilización de los servicios de urgencias:

Por medio de los mismos mecanismos planteados en el Control por el Grupo Básico de Trabajo, la Dirección del Policlínico contará con información mensual de la cantidad de casos que están siendo atendidos en los cuerpos de

guardia de los hospitales base y del policlínico, evaluando sus tendencias, causas, poblaciones de mayor afluencia y otros elementos que puedan servirle de mecanismo de retroalimentación, discutiéndolo en la reunión mensual del Grupo Básico de Trabajo y en el Consejo de Dirección, estos se deben abordar críticamente, no haciendo alusión solo al aspecto numérico, sino también al motivo de consulta, así como, la repuesta del Sistema Integral de Urgencias Médicas (SIUM) ante una emergencia, rapidez y resolutivez en general.

– Cumplimiento de las actividades docentes y asistenciales:

Mensualmente, la dirección discutirá en su Consejo de Dirección y en el Grupo Básico de Trabajo, los cumplimientos de las actividades del Programa y el resto de las actividades asistenciales y docentes programadas, tomando las medidas oportunas en caso de incumplimiento; también evaluará como está establecido en el Programa, los indicadores que reflejan los progresos alcanzados en el cumplimiento de los objetivos.

En el control de las actividades docentes debe prestársele atención al cumplimiento del Programa y al trabajo de los profesores, asimismo, se supervisará la calidad de la interconsulta, la utilización de los medios de enseñanza y el funcionamiento de la biblioteca.

– Discusión de la atención a los fallecidos y los hospitalizados, incluyendo el ingreso en el hogar:

Se realiza por medio de las propias discusiones que se efectúen en los Grupos Básicos de Trabajo.

La evaluación del ingreso en hogar. En ningún caso se evaluará al Equipo Básico de Salud por el número de ingresos en el hogar que realiza, sino por la calidad científicotécnica de la atención y la satisfacción de los enfermos y familiares.

El Grupo Básico de Trabajo y la dirección del Área de Salud evaluarán de forma retrospectiva o concurrente la calidad del ingreso en el hogar, mediante criterios de estructura, proceso y resultados.

Criterios de estructura: son condiciones higienicoeconómicas de las familias, disponibilidad de médicos y enfermeras(os) para garantizar la atención, disponibilidad de medicamentos, material de cura y disponibilidad de realizar exámenes complementarios necesarios.

Criterios de proceso: descripción de la historia clínica de los elementos del método clínico en la primera evolución al ingresarse el enfermo (interrogatorio, antecedentes fundamentales del enfermo, situación de salud detallada por lo que fue ingresado, examen físico minucioso por sistemas, impresión diagnóstica, indicaciones de complementarios, medidas generales, tratamiento medicamentoso y pronóstico.

En la evaluación diaria hacer énfasis en la evolución del enfermo, especificando la evolución de los síntomas y signos positivos en la primera consulta, examen físico resaltando el sistema(s) afectado, comentario de los complementarios, así como el cumplimiento de las indicaciones y el pronóstico evolutivo.

Criterios de resultados: evolución favorable del enfermo, satisfacción de él y sus familiares con la atención.

– Evaluación de las historias clínicas:

Se realizará por medio de las discusiones que se lleven a cabo en los Grupos Básicos de Trabajo, discutiéndose sus resultados en el Consejo de Dirección.

– Control por los niveles superiores de la actividad del médico de la familia:

El control por los niveles superiores (Nivel Central, Provincial y Municipal) de la actividad del médico de la familia, debe estar orientado a medir, directa o indirectamente, la calidad de la atención que se brinda a la población, la elevación de su nivel de salud y el grado de satisfacción que la esta posee con relación a la atención recibida.

Al Municipio le corresponde un papel más importante en el control, ya que está ligado directamente a las unidades y ser estas sus dependencias administrativas, por lo que debe participar activamente en las actividades de control que realiza la dirección del policlínico.

El control se debe orientar hacia la calidad del médico y de los recursos humanos, técnicos y materiales de que dispone: la calidad del proceso; los resultados alcanzados en los niveles de salud de la población y el grado de satisfacción de esta.

El control, además, se debe realizar en el policlínico, en el hospital y en la comunidad, tanto en las familias como en sus organizaciones (Poder Popular, Federación de Mujeres Cubanas y Comités de Defensa de la Revolución).

Como fuentes de información básica para el control de la calidad del trabajo del médico de la familia, se señalan:

- a) El médico.
- b) La enfermera(o).
- c) La familia.
- d) El policlínico y otros servicios del área de salud.
- e) Las organizaciones políticas y de masa.
- f) Los hospitales.
- g) Los documentos (Análisis de la Situación de Salud, historias de salud familiar, hoja de evolución de la familia, historia clínica individual y hoja de consulta).

Las técnicas que se han de utilizar pueden estar dadas por la observación directa, entrevistas, encuestas, revisión de documentos, participación en la comunidad y otras.