

## *LA DISPENSARIZACIÓN: ENTRE LO NORMADO Y LO POSIBLE*

*Félix J. Sansó Soberats,<sup>1</sup> Aidelis Fernández Pérez<sup>2</sup> y Mayra Larrinaga Hierrezuelo<sup>3</sup>*

**RESUMEN:** Se realizó un estudio descriptivo de índole retrospectiva en el consultorio No. 27 del Policlínico "Plaza de la Revolución", con vista a conocer acerca del cumplimiento de la dispensarización en la Atención Primaria, donde desde septiembre de 1997 se viene piloteando un nuevo sistema de planificación de acciones de salud que se ha demostrado ser más eficiente que el actual, en el seguimiento y control de los pacientes. Se analizó el 100 % de las historias clínicas del consultorio y se contabilizaron las consultas y terrenos por grupo de dispensarización del año 1998. Se recogió de las hojas de cargo del médico, el número de consultas y terrenos realizados en este año, así como el tiempo dedicado a otras actividades. Se realizó una comparación entre la información que se recoge en las historias clínicas y las hojas de cargo y se determinó el promedio de pacientes vistos por actividad y el número exacto de pacientes no dispensarizados; así como las visitas efectuadas a pacientes hospitalizados y el número real de terrenos realizados por la enfermera. Se comprobó que el Médico de Familia dedicó el 78,96 % de su jornada a la asistencia, con una productividad en consulta de 9,4 y de 8 en el terreno. Poco más del 20 % restante del tiempo laborable fue dedicado a otras actividades. Aproximadamente 1/6 parte de los pacientes del área no fue dispensarizada. Se constató, que aún contando con un sistema organizativo más eficiente en el consultorio, no fue posible cumplir con las normas establecidas para la dispensarización. Se realiza un análisis de las variables que pueden estar influyendo en este resultado y se hacen recomendaciones.

Descriptores DeCS: DISPENSARIOS; ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

En la organización del trabajo del Médico de la Familia en Cuba, la dispensarización constituye su pilar fundamental. Al clasificar a los pacientes (una vez examinados) en grupos de: sanos, en riesgo de enfermar, enfermos o con secuelas; el Médico de Familia (MF) está en condiciones de planificar las acciones de

forma individualizada, en función de los requerimientos de cada paciente. Esta clasificación evaluada de conjunto, nos ofrece también una visión global del estado de salud de las personas en la comunidad.

El MINSAP ha establecido el mínimo de controles que cada año se debe brindar a los pacientes en la atención primaria de

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínico "Plaza de la Revolución".

<sup>2</sup> Licenciada en Enfermería. Policlínico "Plaza de la Revolución".

<sup>3</sup> Licenciada en Enfermería. Policlínico "Plaza de la Revolución".

salud (APS);<sup>1</sup> para ello se tienen en cuenta las edades y la pertenencia a los diferentes grupos de dispensarización de las personas. También está definido que la organización de estos controles se ejecute utilizando un modelo creado al efecto y que se adjunta a la historia de salud familiar en cada caso. En la práctica apreciamos que este modelo de planificación de consultas y terrenos es inoperante, porque no sólo dificulta la planificación sino que no contribuye a la organización del trabajo. Con el objetivo de facilitar el proceso de planificación de las acciones de salud en la APS diseñamos un sistema integral de planificación de acciones de salud mediante tarjetas individuales que fue puesto en práctica en nuestro consultorio desde septiembre de 1997 (Valdivia C, Muñiz A, Sansó F, Ramil J, Moreira V. Registros y modelos de medicina familiar. Trabajo presentado en el VI Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud. Ciudad de La Habana, Cuba, 1997).

Después de 1 año y medio de implementado, percibimos mayor eficiencia en esta actividad e identificamos en un análisis de la situación de salud que, comparativamente con 1997, en 1998 se incrementó el número de consultas realizadas en unas 300, y en 100 los terrenos; en relación con esto se identificó que la cifra total de controles realizados en ese año fue la más alta de este consultorio en los últimos 8 años; sin embargo, nos llamó la atención el hecho de que a pesar de estos resultados al finalizar 1998 no hubiéramos logrado dispensarizar al 100 % de la población. Para conocer las causas de este fenómeno, y los factores que pudieran estar determinando en su comportamiento nos propusimos realizar esta investigación.

## **Métodos**

En relación con este tema, se realizó una amplia búsqueda bibliográfica entre la

literatura nacional fundamentalmente, porque dadas la concepción y los principios sobre los que se sustenta nuestro sistema nacional de salud, éste posee características propias que lo hacen singular y lo distinguen del resto de los sistemas de salud del mundo.

En el estudio de este proceso consideramos útil determinar 2 variables fundamentales: el tiempo que el Médico de Familia dedicó a la actividad asistencial, y el número de consultas y terrenos realizados por el equipo de salud según grupo de dispensarización.

Para conocer el primer aspecto examinamos las hojas de cargo del Médico de Familia, correspondientes al año 1998. Calculamos el total de días y horas posibles de laborar en ese año excluyendo el tiempo de vacaciones y días feriados, determinamos el número de horas utilizadas por el médico a cada actividad, y el porcentaje de tiempo dedicado a cada una lo calculamos con respecto al total de horas posibles de laborar en el año. Se precisó el número de pacientes vistos en consultas, terrenos y las visitas del médico a los hospitales; se calculó igualmente el promedio de pacientes vistos por sesión de trabajo. De los pacientes vistos, determinamos cuántos fueron propiamente pacientes del consultorio y cuántos acudieron de otros consultorios del policlínico, de centros de trabajo de la zona o residentes fuera del área de salud.

Las actividades realizadas durante el año y reflejadas en las hojas de cargo, las agrupamos como sigue:

Asistenciales: Además de las consultas y terrenos, se contemplaron las interconsultas, visitas a hospitales, el análisis de la situación de salud con los líderes de la comunidad y el trabajo de apoyo a los bancos de sangre; así como el trabajo de buró realizado en el consultorio.

Superación: Cursos de posgrado, actividades docentes fuera del consultorio, la participación del médico en tribunales de exámenes y la reunión del colectivo docente.

Actividades dependientes del policlínico: Reuniones en el policlínico o relacionadas con él, trabajo en el Departamento de Estadísticas, actividades políticas, sindicales o recreativas, y las reuniones de grupo básico de trabajo.

Actividades no dependientes del policlínico: Reuniones o actividades en las que participó el médico y que no fueron coordinadas por el policlínico, asistencia a eventos y visitas al Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (CNICM).

Afectaciones por lluvia.

Para determinar el número de consultas y terrenos realizados según los grupos de dispensarización tomamos como fuente el 100 % de las historias clínicas individuales. En relación con los terrenos, determinamos cuántos fueron realizados por la enfermera, y cuántos por el médico; en cada caso calculamos el promedio de controles realizados por paciente según los grupos de dispensarización, y comparamos estos resultados con lo reflejado en las hojas de cargo. Toda la información recopilada se introdujo en una base de datos de computadora para su análisis, básicamente, por distribuciones de frecuencias.

## Resultados

En este consultorio se debieron laborar 277,5 días durante 1998, que representaban un total de 2 044 h (100 %). Se ofrecieron en el año 220 sesiones de 4 h de consulta, y se atendieron 2 062 pacientes (9,4 por sesión). En el terreno se brindó asistencia médica a 868 pacientes en 109

sesiones de 4 h (8 por sesión), y se realizaron 42 visitas a hospitales, para atender a 51 ingresados (1,2 pacientes por visita). (tabla 1).

TABLA 1. Actividades asistenciales del Médico de Familia según número de casos vistos y promedio de pacientes por actividad

Tipo de actividad	Número de sesiones por año*	Total de casos vistos	Promedio de pacientes por sesión
Consulta	220	2062	9,4
Terreno	109	868	8
Visitas a hospitales	42	51	1,2

\* Mañanas o tardes dedicadas a la actividad.

Fuente: Hoja de cargo del Médico de Familia del consultorio 27. Policlínico "Plaza de la Revolución".

Según lo reflejado en las hojas de cargo, se determinó que el 78,96 % del tiempo fue dedicado por el médico a la labor asistencial. Se trabajaron en consulta 880 h (43,05 %); 436 h en el terreno (21,33 %); 176 h en interconsultas (8,6 %); 56 h en visitas a hospitales (2,74 %); 42 h de trabajo de buró con las historias clínicas en el consultorio (2,05 %); 20 h en los bancos de sangre (0,9 %), y 4 h en el análisis de la situación de salud con la comunidad (0,2 %).

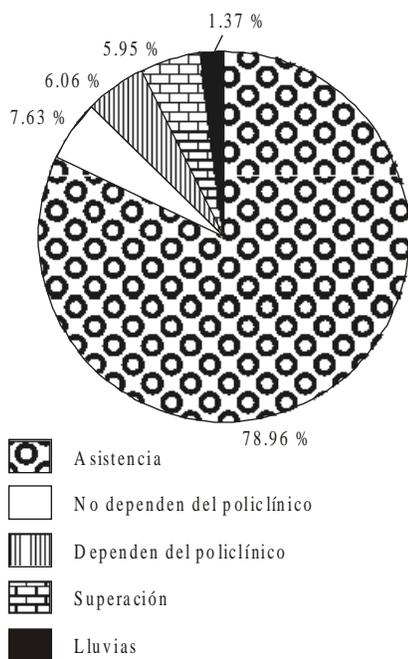
El 7,63 % del tiempo fue dedicado a actividades no dependientes del policlínico. El médico dedicó 68 h a supervisar otros centros de salud (3,33 %); 48 se dedicaron a participar en eventos (2,35 %); 28 en reuniones (1,37 %), 8 en el aseguramiento de los servicios médicos durante el recibimiento al Papa Juan Pablo II (0,39 %), y 4 h fueron dedicadas a visitas al CNICM (0,19 %).

Es válido destacar que el 6,65 % del tiempo fue destinado para actividades relacionadas con el policlínico. A las actividades políticas y sindicales les fueron

dedicadas 32 h en el año (1,57 %); 34 a las reuniones en el policlínico (1,66 %), y un 1,17 % a las reuniones del GBT (24 h); otras 24 h fueron dedicadas a actualizar los datos de la población en el Departamento de Estadísticas (1,17 %), 8 h de actividades recreativas (0,39 %), y 2 de trabajo burocrático en la farmacia (0,10 %).

El 5,95 % del tiempo fue utilizado en actividades relacionadas con la docencia. En este sentido, se destinaron 112 h (5,47 %) a las actividades docentes fuera del consultorio y a la propia superación; 8 fueron ocupadas por el médico como miembro de tribunales de examen (0,39 %), y 2 h en reuniones del colectivo docente.

No se pudieron laborar 28 h por lluvias (1,37 %). La utilización del fondo de tiempo del MF se presenta de forma general en la figura.



Fuente: Hojas de cargo del Médico de la Familia. Consultorio 27. Policlínico "Plaza de la Revolución"

FIG. Porcentaje (en horas) dedicados por el Médico de Familia en las actividades desarrolladas durante el año 1998.

De los casos vistos en la actividad de consulta el 89,4 % correspondió a pacientes del consultorio y el 10,6 % restante a pacientes de otros consultorios de policlínico, trabajadores de la zona o residentes fuera del área de salud. En el terreno el 97,8 % de las visitas se efectuó a pacientes visitados que correspondían al consultorio 27 (tabla 2).

TABLA 2. Distribución del número de consultas y terrenos ofrecidos por el Médico de Familia según categorías de los pacientes

Tipo de paciente	Consultas	%	Terrenos	%
Extra área	115	5,6	12	1,4
Trabajadores de la zona	53	2,6	3	0,3
Del área del policlínico	49	2,4	4	0,5
Subtotal	217	10,6	19	2,2
Del consultorio 27	1 845	89,4	849	97,8
<b>Total</b>	<b>2 062</b>	<b>100</b>	<b>868</b>	<b>100</b>

Fuente: Hojas de cargo del Médico de Familia. Consultorio 27. Año 1998. Policlínico "Plaza de la Revolución".

Por semana se ofrecieron, unas 4,6 consultas promedio (de 5 posibles), y 2,3 terrenos (de 3 posibles). De un total de 588 pacientes pertenecientes al consultorio en 1998, fueron examinadas 570 historias clínicas individuales, 18 pacientes causaron baja por diferentes motivos y sus historias clínicas no pudieron ser examinadas. La distribución de consultas y terrenos a pacientes según grupo de dispensarización y el número exacto de pacientes no vistos en 1998 se presentan en la tabla 3. Resalta el hecho de la diferencia existente entre el número de terrenos médicos y de enfermería reflejados en historia clínica, y el dato de que aproximadamente en una sexta parte de las historias clínicas de los pacientes de esta área no aparezca reflejado ningún control.

TABLA 3. Distribución de consultas y terrenos según grupo de dispensarización, año 1998

Grupo dispensarial	No. de pacientes	Consultas	Terrenos del médico	Terrenos de la enfermera	Total de controles en HC	HC sin control reflejado
I	165	261	94	30	385	49
II	110	346	131	138	615	20
III	289	1 061	346	91	1 498	25
IV	6	8	34	11	53	0
Total	570	1 676	605	270	2 551	94

Fuente: Historias clínicas individuales. Consultorio 27. Policlínico "Plaza de la Revolución".

TABLA 4. Promedio de consultas y terrenos brindados a los pacientes del consultorio según grupos de dispensarización

Grupo de dispensarización	Pacientes vistos	Promedio de controles por pacientes			Promedio total de controles
		Consultas	Terrenos médicos	Terrenos de la enfermera	
I	116	2,25	0,8	0,3	3,3
II	90	3,8	1,5	1,5	6,8
III	264	4	1,3	0,3	5,7
IV	6	1,3	5,6	1,8	8,8
Total	476	3,5	1,3	0,6	5,4

Fuente: Historias Clínicas. Consultorio 27. Policlínico "Plaza de la Revolución".

En la tabla 4, se presenta el promedio de consultas y terrenos brindados a los pacientes del consultorio según grupo de dispensarización.

## Discusión

En los resultados obtenidos en nuestro estudio, resulta relevante el hecho de que el Médico de Familia haya dedicado cerca del 80 % de su jornada a la asistencia, con una productividad de 9,4 pacientes por consulta y 8 pacientes por terreno (considerada óptima), y no se lograra dispensarizar aproximadamente a una sexta parte de la población que se atiende en este consultorio. Relacionado con este aspecto no encontramos publicaciones cubanas que hicieran referencia al porcen-

taje del tiempo que el Médico de Familia dedica a la asistencia, o que determinara el número real de pacientes vistos en un consultorio, su relación con los grupos de dispensarización, ni que tomara como base de datos las consultas y terrenos reflejados en las historias clínicas individuales.

Ante este resultado cabría preguntarse: ¿acaso el tiempo que se dedicó a la asistencia fue insuficiente? o ... ¿el mínimo de controles establecidos es excesivo? En relación con la primera interrogante nos surge otra: ¿disminuimos el, de por sí insuficiente tiempo dedicado a la superación, en función de la asistencia?; y si esto ocurriera, ¿no se correría el riesgo de favorecer una mayor desactualización entre nuestros médicos y enfermeras?; y una pregunta más, ¿acaso no son necesarias al profesional, a la comunidad y al propio sistema las actividades en las que participó?

En principio tenemos la impresión de que el tiempo que se dedica a la asistencia es prudencial, y no consideramos que sea tan necesario incrementarlo, como optimizarlo. Somos del criterio de que una gran presión asistencial, puede llegar a agotar al médico y favorecer un deterioro en su motivación y poder de resolutivez, aunque éste no sea su deseo.

Consideramos útil en la organización de la consulta la normativa de que brinde un mínimo de controles anuales a cada paciente según el grupo dispensarial al cual pertenece, nuestro criterio es que en la práctica esta norma pudiera ajustarse aún más a las necesidades del paciente y planificarse en función de las posibilidades del equipo de salud para cumplirla; por razones obvias, se debe evitar la planificación de consultas o terrenos innecesarios. Para ejemplificar lo anterior proponemos reflexionar en lo siguiente: ¿qué criterio (con enfoque de riesgo), justifica que pacientes con enfermedades que tienen una bajísima probabilidad de complicaciones y/o descompensaciones, sean evaluados 4 veces en un año? En este grupo de enfermedades podríamos mencionar: la artrosis, la miopía, las hemorroides, el asma leve intermitente... y entre muchas otras que pudieran mencionarse, incluiríamos incluso a pacientes que presenten una hipertensión arterial grado I con buena adicción al tratamiento y compensados con dieta y ejercicios. Quizás no todos los pacientes que hoy incluimos en el grupo III, requieran de ese elevado número de controles, y que en caso de que éstos sean reducidos, de acuerdo con sus necesidades reales, el equipo de salud, podrá disponer de más tiempo para dedicarle a otros más necesitados.

Por otra parte, cuando hacemos énfasis en la especificación de controles reflejados en la historia clínica, es porque

son los que podemos contabilizar como realizados; sin embargo, es oportuno señalar que en nuestra labor cotidiana, con mucha frecuencia se nos solicitan visitas a domicilio fuera de nuestro horario laboral, y no siempre llevamos con nosotros la HC del paciente; incluso puede ocurrir que en esos horarios realicemos visitas de seguimiento a pacientes enfermos que por razones obvias de tiempo después no quedan registradas en las HC. Esto pudiera explicar las diferencias entre los datos reflejados en las hojas de cargo y las HC. Existe la posibilidad de que un porcentaje de los pacientes que clasificamos como no dispensarizados, hayan sido valorados en estas condiciones y no haya quedado registrado.

En nuestro consultorio no es una práctica habitual realizar terrenos conjuntos; más bien se distribuye el trabajo procurando abarcar al mayor número posible de pacientes que necesiten de nuestra valoración; de haber hecho todos los terrenos conjuntos, médico-enfermera, el número de casos vistos hubiera sido menor.

El Departamento de Estadísticas no contabiliza como controles las actividades que nuestra Licenciada en Enfermería pueda realizar con los pacientes; sin embargo, veamos este ejemplo: por razones obvias de división del trabajo en función del logro de los objetivos, es la enfermera quien lleva el peso en el cumplimiento del programa de vacunación, y probablemente entre los pacientes que hoy contabilizamos como no dispensarizados existan algunos que fueron inmunizados en ese año. ¿Qué hubiese ocurrido si al cumplimentar esta acción de salud a cada paciente, la enfermera hubiese realizado una evaluación o un proceso de atención de enfermería, y esta actividad se hubiera contabilizado como control? ¿Acaso no lo es?

Finalmente quisimos hacer un ejercicio puramente matemático. Ubicamos a cada uno de nuestros pacientes según el

grupo de dispensarización al cual pertenece y calculamos el número ideal de consultas y terrenos mínimos que debíamos brindar a cada uno, siguiendo la clasificación por edades o grupos de riesgo establecida por el MINSAP en la Carpeta Metodológica.

El resultado fue sorprendente. Para cumplir con la dispensarización en nuestra área, debimos realizar unas 1 493 consultas y 948 terrenos. Apréciase cómo de haber cumplido estrictamente con lo normado, si lo comparamos con el total de consultas que se ofrecieron a los pacientes del consultorio 27 (tabla 2), sólo hubiéramos dispuesto de 352 consultas para atender a los casos agudos, y a los pacientes con descompensaciones de sus enfermedades crónicas. En una situación más desventajosa se encuentra la planificación ideal de los terrenos, que se pasa en 73 con respecto a lo real hecho por el médico y la enfermera juntos (según HC) (tabla 3). Cabe resaltar que en este cálculo ideal de controles no se contemplaron eventuales ingresos en el hogar o planes emergentes que suponen mayor ocupación del tiempo dedicado a la asistencia. Es obvio que si aplicáramos el mismo análisis matemático a cualquier otra población de aproximadamente 600 habitantes, tampoco sería viable el cumplimiento de la norma.

Que el equipo de salud considere posible de cumplir cada meta que se trace, es sin lugar a dudas un elemento de incentivo en el trabajo, y con este estudio estamos evidenciado que no es posible el cumplimiento cabal de lo normado con respecto a la dispensarización. Una adecuación de estas disposiciones acorde con las exigencias actuales que nos impone su

implementación práctica, debe constituir un importante elemento de motivación en el trabajo para los equipos de salud de la APS en nuestro país.

## **Conclusiones**

En nuestro consultorio y en las actuales condiciones de trabajo, no es posible cumplir con el 100 % de los controles establecidos en las normas vigentes de dispensarización.

## **Recomendaciones**

1. Modificar la actual estructura de la dispensarización, y realizar un pilotaje a pequeña escala con vistas a evaluar (mediante una investigación) su impacto en el control y seguimiento de los pacientes en la APS.
2. Sugerimos en principio, una nueva clasificación de los pacientes atendiendo a su estado de salud y requerimientos de atención médica (ver anexo).
3. Estudiar todas las potencialidades presentes hoy en nuestro personal de enfermería en la APS y que, en caso de ser desarrolladas pudieran contribuir aún más en el cumplimiento de las normas de dispensarización.

## **Agradecimientos**

*Al doctor Eduardo Vergara Fabián y a la licenciada Iliana Martínez Heredia por su contribución a la realización de este trabajo.*

#### ANEXO. Requerimientos de atención médica a pacientes atendiendo a su estado de salud

Grupo de dispensarización	Clasificación	Mínimo de controles
I	Pacientes aparentemente sanos	Anual o bianual
II	Pacientes de bajo riesgo de enfermar	2 anuales*
	Pacientes con riesgo elevado	3 anuales*
III	Enfermos con baja probabilidad de complicaciones y/o descompensaciones	1 ó 2 anuales*
IV	Enfermos con alta probabilidad de complicaciones y/o descompensaciones	3 anuales*
V	Enfermos con secuelas	4 anuales*

\* Alternando consultas y terrenos, o según criterio médico a partir de las características individuales del paciente en cuestión.

Nota: Aquí no se incluyen las eventuales adecuaciones que se deben realizar en grupos específicos.

**SUMMARY:** A retrospective and descriptive study was conducted in the physician's office No. 27 of "Plaza de la Revolución" Polyclinic, in order to know the fulfillment of classification in Primary Care, where from September 1997, a new system for planning health actions has been experimentally applied, which has proved to be more efficient than the present one, regarding the follow-up and control of patients. One hundred percent of the medical records of the physician's office were analyzed and the office and house visits made in 1998 were calculated according to their classification. The number of office visits and house visits during this year, as well as the time devoted to other activities were drawn from the physician's sheet for the control of patients. A comparison between the information gathered in the medical records and in the sheets for the control of patients was made. The average of patients seen by activity and the exact number of non-classified patients, as well as the visits to hospitalized patients and the real number of houses visited by the nurse were determined. It was demonstrated that the Family Physician dedicated 78.96% of his/her work hours to medical assistance, with a productivity of 9.4 in office visits and 8 in house visits. A little more than the remaining 20% of the working time was devoted to other activities. Approximately 1/6 of the area's patients was not classified. It was confirmed that even with a more efficient organization system in the physician's office, the fulfillment of the established norms for the classification was not possible. An analysis of the variables that may be influencing this result is being carried out and recommendations are given.

Subject headings: DISPENSATORIES, PRIMARY HEALTHCARE

#### Referencias bibliográficas

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Metodología para el trabajo. Atención Primaria de Salud. Indicaciones Generales del MINSAP para 1996. La Habana: s.e.; 1996:13

Recibido 12 de julio de 1999. Aprobado: 1 de septiembre de 1999.

Dr. Félix J. Sansó Soberats. Mariano No. 415 e/ Lombillo y Piñera. Cerro, Ciudad de La Habana, Cuba.