

---

---

## TRABAJOS ORIGINALES

---

---

### *LA DISPENSARIZACIÓN: UNA VÍA PARA LA EVALUACIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD*

*Ricardo Batista Moliner,<sup>1</sup> Félix Sansó Soberats,<sup>2</sup> Pablo Feal Cañizares,<sup>3</sup> Alcides Lorenzo<sup>4</sup> y Héctor Corratgé Delgado<sup>5</sup>*

**RESUMEN:** El proceso de dispensarización constituye el centro de la labor a desarrollar por el Equipo Básico de la Atención Primaria de Salud en Cuba y a partir de él se despliega la estrategia de atención ambulatoria del individuo en la comunidad. La dispensarización en su desarrollo, ha sufrido un profundo perfeccionamiento a partir de las experiencias y avances de los servicios ambulatorios en nuestro país, y como resultado de la incorporación y cumplimiento por parte de nuestro sistema sanitario, de los principios y objetivos establecidos internacionalmente para alcanzar las metas planteadas por la Organización Mundial de la Salud. En este trabajo realiza una breve exposición de la evolución histórica de la dispensarización y se presentan algunos elementos conceptuales y metodológicos relacionados con este proceso; así como su alcance y contenido fundamental en la actualidad. De forma particular se abordan aspectos relacionados con la consulta de evaluación del estado de salud del paciente ambulatorio, se enuncian los elementos más generales que se vinculan con la dispensarización en situaciones especiales, y se esbozan aspectos relativos a la coordinación horizontal en la atención primaria.

**DeCS:** ATENCION PRIMARIA DE SALUD/métodos; CUIDADOS AMBULATORIOS; CUIDADOS DOMICILIARIOS DE SALUD/métodos; SERVICIOS DE ATENCION DE SALUD A DOMICILIO; MEDICINA COMUNITARIA; MEDICINA FAMILIAR; ATENCION INTEGRAL DE SALUD; ESTADO DE SALUD.

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado Medicina General Integral. Máster en Epidemiología. Profesor Instructor del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Médico de Familia Policlínico Docente "Plaza de la Revolución". Profesor Asistente del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria. Profesor Instructor del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria.

<sup>5</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

La atención médica es una función de la salud pública y está concebida como un conjunto de acciones integrales, preventivo-curativas y de rehabilitación que se realizan sobre las personas para la protección de su salud.<sup>1</sup> Esta función puede ser clasificada atendiendo a diferentes criterios: por el tipo de comunidad (urbana o rural), según las necesidades de cuidados del paciente (intensiva, intermedia o mínima) y de acuerdo con las características de la población atendida (atención infantil, materna, escolar, del anciano, del trabajador, etcétera).

Otros criterios de gran importancia están relacionados con el nivel de asistencia dentro del sistema de salud; es así que al considerar la complejidad de las acciones que requiere el paciente, la atención médica puede ser primaria, secundaria o terciaria; y según la forma en que se brinda y la gravedad de las personas, se puede definir en urgente, hospitalaria o ambulatoria.

La atención primaria de salud está concebida como la estrategia global para alcanzar la meta de Salud para Todos, por lo que constituye un eje central del sistema prestador de servicios de salud.<sup>2</sup> Es la atención esencial e integral de salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente válidas y socialmente aceptadas, que son universalmente accesibles a los individuos y las familias en la comunidad a través de medios aceptables para ellas, a un costo que la comunidad y el país pueda afrontar, para mantenerla en cada etapa de su desarrollo con espíritu de responsabilidad y autodeterminación.<sup>3</sup>

Este tipo de atención se identifica como el modelo al que se enfrenta por primera vez la población en su relación con el sistema de salud. Constituye el primer elemento del proceso continuo de atención sanitaria, porque esta se brinda lo más cerca posible del lugar donde la población vive y trabaja, y es, de hecho, parte integral tanto del siste-

ma de salud del país, como del enfoque principal de desarrollo económico y social de la comunidad. Se ha planteado que este nivel primario puede dar solución a alrededor del 80 % de los problemas de salud de la población.<sup>1</sup>

La atención ambulatoria por su parte, es un término en desuso, que define un proceso continuo mediante el cual el equipo básico de salud (EBS) desarrolla acciones de carácter integral en las personas, las que sin ser ingresadas en instituciones, reciben los cuidados necesarios relativos a la salud en la propia comunidad donde viven sin apartarlas de su medio familiar, social y ambiental.

Este tipo de atención médica ha transitado por una serie de etapas en nuestro país, comenzando por el aseguramiento de una accesibilidad total y continua, pasando por la elevación progresiva de la calidad de la atención médica con el desarrollo de nuevas formas organizativas y métodos de trabajo, hasta la integración con otras especialidades y la incorporación de nuevas tecnologías.

Desde la creación de los policlínicos comunitarios la organización de las funciones y actividades que debe desarrollar el EBS con su comunidad, ha estado centrada en torno al proceso conocido como dispensarización, el cual ha evolucionado e introducido nuevas concepciones, especialmente al ampliarse la visión y el enfoque de trabajo integral de los policlínicos con la creación del programa del Médico y Enfermera de la Familia y el desarrollo de la Medicina Familiar como especialidad. Más recientemente algunas investigaciones han llamado la atención sobre la necesidad de continuar perfeccionando esta actividad.<sup>4</sup>

## ANTECEDENTES

La dispensarización fue concebida originalmente en la antigua Unión Soviética

como "un método progresista que comprendía un conjunto de medidas asistenciales y de salud para proteger y fortalecer la salud y la capacidad de trabajo de la población".<sup>5</sup> Era un procedimiento llevado a cabo por las instituciones ambulatorias (policlínicas) o dispensarios, de donde se derivó su actual denominación.

En este modelo de atención se concebía brindar la atención dispensarizada mediante la realización de exámenes integrales a diferentes grupos poblacionales, entre los que estaban incluidos los niños, las embarazadas, los jóvenes en edad del servicio militar, los deportistas, los trabajadores vinculados a determinadas profesiones u oficios de riesgo, los veteranos de la Segunda Guerra Mundial, entre otros. Además incluían en el control a los pacientes enfermos portadores de determinadas afecciones crónicas (cardiovasculares, pulmonares, neurológicas, gastrointestinales, etc.) que requerían una atención sistemática.

Según las normas del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) en la URSS, las medidas para "sanear" a los enfermos dispensarizados consistían en métodos de fisioterapia, educación física, alimentación dietética y tratamientos en sanatorios y balnearios. Otro rasgo relevante es el hecho de que se programaban un grupo de consultas y acciones dirigidas a brindar una atención integral a cada individuo con un enfoque preventivo y de rehabilitación.

El método estaba concebido como un sistema o plan anual de consultas, medidas diagnósticas y de saneamiento desarrollado por los diferentes médicos que brindaban atención en la comunidad. Así por ejemplo, un clínico atendía como promedio entre 150-170 enfermos, mientras que un ginecoobstetra o un cirujano atendía entre 100 y 120. A un enfermo bajo control dispensarizado le correspondían como promedio de 3 a 4 visitas al año, incluyendo 2

visitas al médico como mínimo. En 1980, el número total de personas dispensarizadas en la antigua URSS, presentaba variaciones importantes de una república a otra, y podía fluctuar desde  $49,8 \times 1000$  habitantes en la de menor cobertura, hasta  $168,9 \times 1000$  habitantes en la república que exhibía el mejor índice.

Como puede apreciarse en su concepción original la dispensarización no estaba dirigida a toda la población, sino a personas enfermas o pertenecientes a grupos vulnerables o de riesgo. Incluso el tiempo de seguimiento a las personas enfermas, podía variar desde 1 año hasta toda la vida, en dependencia del tipo de enfermedad; para ello se apoyaban en una norma donde se establecían los plazos de la observación y los factores que determinaban el alta del dispensario.

## CONCEPTUALIZACIÓN Y CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Concebimos la dispensarización como un proceso coordinado y gerenciado por el EBS. Es la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello.

Como se aprecia, esta definición lleva implícitos varios atributos esenciales que la caracterizan. Es un registro, aplica una evaluación, realiza intervenciones y supone un seguimiento de los individuos dispensarizados:

Registro, porque se recogen en un censo las características sociodemográficas de las personas que atiende el equipo de salud,

agrupadas por familias y en estrecha relación con el entorno que integran una comunidad. Las características sociodemográficas se refieren a la edad, sexo, color de piel, profesión, ocupación y escolaridad; así como también las características estructurales y condiciones higiénicas de la vivienda, los factores de riesgo y enfermedades que padece. También incluye información sobre la constitución y funcionamiento familiar, factores socioeconómicos y de cultura sanitaria.

Evaluación, porque contempla un examen integral de cada persona independientemente de su estado de salud y aborda al individuo biológica, psicológica y socialmente, lo que posibilita clasificarlo en diferentes categorías dispensariales, según se verá más adelante.

Intervención, porque este proceso prevé la orientación de medidas al individuo para promover salud, evitar daños, tratando de modificar positivamente o eliminar, cualquier condición que pueda favorecer la enfermedad. A su vez contempla la aplicación de procedimientos y acciones educativas o terapéuticas en las cuales puede estar o no presente la prescripción de medicamentos.

Seguimiento, porque se trata de un proceso continuo, donde se producen ajustes sistemáticos de la atención y las intervenciones, en dependencia de las variaciones en el estado de salud/enfermedad individual y la respuesta a las medidas previamente aplicadas.

El propósito de la dispensarización es, en definitiva, contribuir a mejorar el estado de salud individual y consiguientemente el de la población. En este proceso se identifican los riesgos y daños a la salud de cada persona, mediante procedimientos básicos de observación, exploración física e instrumental, interpretación y análisis de

los resultados. Al mismo tiempo favorece la planificación de las acciones y los recursos para la atención a las necesidades del individuo, e influye en su educación, capacidad de autoevaluación y cuidado de su estado de salud o enfermedad.

Para considerar que una persona está dispensarizada se deben haber cumplido los requisitos siguientes:

- Tener reflejados en la historia de salud familiar e individual, sus datos sociodemográficos y los inherentes a su estado de salud.
- Que se le haya practicado una evaluación integral por el EBS y como consecuencia esté clasificado atendiendo a los grupos de dispensarización establecidos.
- En el último año el seguimiento se realizó con la periodicidad que se requiere, de acuerdo con sus características individuales.

#### CARACTERÍSTICAS O PRINCIPIOS DE LA DISPENSARIZACIÓN

La dispensarización como proceso está sustentada sobre la base de los principios siguientes:

1. **Profiláctico:** Constituye un principio cardinal, porque favorece la planificación de acciones de promoción de salud, de prevención primaria, secundaria o terciaria.
2. **Dinámico:** Rasgo esencial que está determinado por la permanente susceptibilidad de cambio de enfoque de atención a los sujetos dispensarizados de acuerdo con la variabilidad en su estado de salud y la necesidad de ajustes en las medidas terapéuticas y de atención general.

3. Continuo: Por la necesidad de su aplicación de forma ininterrumpida desde que se evalúa y registra al individuo.
4. Individualizado: Porque se establece una estrategia de atención en cada individuo según sus características personales y el problema de salud, riesgo o daño que presente. La frecuencia de evaluaciones puede variar de una persona a otra e incluso dentro de un mismo sujeto, en dependencia del tipo de problema que se presente y su evolución en el tiempo.
5. Integral: Es también un principio básico que implica el abordaje del individuo atendiendo a sus características biológicas, psicológicas y sociales, su interacción con la familia, otros individuos y su comunidad, así como en su medio laboral o escolar.
6. Universal: Por el alcance global que implica abarcar la totalidad de la población atendida por el EBS, desde los recién nacidos hasta los ancianos, sin descuidar su relación con el entorno.
7. Atención en equipo: Se refiere a la atención que brinda el EBS: Médico y Enfermera de Familia, en estrecha relación con los especialistas del Grupo Básico de Trabajo (GBT) y los del nivel secundario y terciario.

Como se puede percibir, aunque el enfoque de atención en la dispensarización parte del individuo, se extiende a la familia y alcanza a toda la comunidad, para identificar allí los factores que puedan atentar contra las personas individualmente o en grupos de ellos, atendiendo a sus hábitos y su desempeño en la sociedad.

### CATEGORÍAS DISPENSARIALES

El proceso de evaluación de cada individuo determinará su clasificación en 4 categorías dispensariales que indican, en

sentido general, el estado de su salud; así como la conducta que debe seguirse en su atención. No debe olvidarse, sin embargo, que la atención a cada paciente debe ser integral independientemente del grupo dispensarial en el que se ha incluido. De esta forma cada persona debe ser categorizada en algunos de los grupos siguientes:

**Grupo I. Aparentemente sano:** Personas que no manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y no se constatan, mediante el interrogatorio o la exploración, alteraciones que modifiquen ese criterio.

**Grupo II. Con riesgo:** Personas en las que se comprueba o refieren padecer de alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o a largo plazo. En este caso se refiere a hábitos tóxicos como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo anormal de bebidas alcohólicas, el uso inadecuado de medicamentos o drogas de abuso, los riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual por conducta inadecuada, el intento suicida, el riesgo preconcepcional, así como también los riesgos en el medio escolar o laboral, entre otros.

**Grupo III. Enfermo:** Esta categoría incluye a todo individuo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o psicológicos que afecten su capacidad para desempeñarse normalmente en su vida. En este grupo se incluye cualquier entidad nosológica de evolución crónica, infecciosa o no. Entre las enfermedades de mayor importancia sobresalen las enfermedades no transmisibles de larga evolución como la HTA, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el asma bronquial, la epilepsia, las nefropatías crónicas y muchas otras.

**Grupo IV. Con deficiencia, incapacidad o secuela:** Se trata de personas que padecen alguna condición que implica una alteración

temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o síquicas. Es un proceso dinámico influido por múltiples variables que se pueden presentar en un sujeto como consecuencia de una enfermedad o factor externo de naturaleza diversa. En este grupo obviamente se incluyen sujetos que padecen enfermedades crónicas o agudas en las que se presentan condiciones que provocan un grado de limitación mayor en el paciente (complicaciones y secuelas que determinan un estado de incapacidad variable).

La discapacidad es un fenómeno de incidencia cada vez mayor y de alta vulnerabilidad en la población general y se vislumbra como uno de los principales problemas del futuro al cual se le ha estado dando cada vez mayor atención. Se recomienda tener en cuenta los criterios actuales de la OMS para la clasificación internacional de discapacidades, que establece 3 categorías: deficiencia, discapacidad y minusvalía.<sup>6</sup> La deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser corporales, temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y, en principio, refleja perturbaciones al nivel de órgano o estructura corporal.

La discapacidad es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Se caracteriza por exceso o insuficiencias en el desempeño y comportamiento de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser

temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. La discapacidad concierne aquellas habilidades, en forma de actividades y comportamientos compuestos, que son aceptados por lo general como elementos esenciales de la vida cotidiana.

Finalmente la minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales). La minusvalía está en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o *status* del individuo, y las expectativas del individuo mismo o del grupo concreto al que pertenece. La minusvalía representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y como tal refleja las consecuencias -culturales, sociales, económicas y ambientales- que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia o discapacidad.<sup>7</sup>

Cabría mencionarse a modo de ejemplo las deficiencias musculoesqueléticas debidas a hemiplejía ocasionada por una enfermedad cerebrovascular isquémica como consecuencia de una lesión de la arteria cerebral media por arteriosclerosis, las deficiencias musculoesqueléticas provocadas por la amputación de un miembro inferior como consecuencia de un accidente o en un paciente diabético con una gangrena gaseosa, o las deficiencias del lenguaje provocada por afasia mixta u otras afecciones neurológicas.

## SEGUIMIENTO INDIVIDUAL

Como principio, el seguimiento de cada persona dispensarizada debe establecerse

a partir de una adecuada evaluación integral de su estado de salud, basado en un enfoque de riesgo. No obstante, en la Carpeta Metodológica del MINSAP, se ha establecido una frecuencia mínima de evaluaciones a las personas, teniendo en cuenta su ubicación en los diferentes grupos dispensariales. En la dinámica del trabajo, el EBS se enfrentará a situaciones que necesariamente determinarán el número de estas evaluaciones según el estado de salud de cada individuo, pero en su labor debe organizarse en función de garantizar que cada persona reciba en el año, el mínimo de evaluaciones establecidas. También la ubicación de un sujeto en un grupo dispensarial, puede variar ante la modificación de las condiciones que determinaron su ubicación en una categoría específica.

La evaluación de los sujetos pertenecientes al grupo I, en consulta o terreno, incluye un interrogatorio y un examen físico minuciosos, incluso la indicación de exámenes complementarios (si así se considera), en busca de características de riesgo o daño. Al mismo tiempo este encuentro debe aprovecharse para orientar o reforzar hábitos y conductas que favorezcan un estilo de vida saludable.

Las personas con riesgo de enfermar (grupo II) deben ser evaluadas según el tipo y la magnitud del riesgo presente, y la confluencia o no de múltiples factores que puedan constituir una amenaza para su salud. En modo alguno deben aplicarse esquemas de seguimiento preestablecidos que desconozcan esta condición.

En ese sentido se recomienda seguir una estrategia basada en el enfoque de riesgo y partiendo de la mejor evidencia científica disponible. Para ello, se debe contemplar la estratificación del grupo, en personas con riesgo alto o bajo de acuerdo con la evaluación integral realizada. Por ejemplo, no serán iguales la frecuencia de eva-

luación, ni las medidas de intervención las que deberán proyectarse ante un sujeto de 40 años, obeso, sedentario y fumador de más de 20 cigarrillos diarios, que ante una persona de 28 años, fumador ocasional y que realiza ejercicios físicos regularmente, aunque los 2 estén clasificados en el mismo grupo.

Los sujetos clasificados en el grupo III, pueden estar sometidos a mayores variaciones en las estrategias y la frecuencia de evaluación y seguimiento, teniendo en cuenta la amplia variedad de posibilidades o situaciones que pueden presentarse a partir de criterios de magnitud y severidad, número de problemas confluentes en un mismo paciente, el tiempo de evolución del problema, etcétera.

En los pacientes del grupo IV, será necesario considerar también múltiples factores en el momento de establecer la frecuencia de evaluaciones. Obviamente, el seguimiento no será el mismo en una persona que padece una limitación motora por un trauma desde pequeño y que no ha visto afectado su desempeño profesional ni social, que en un sujeto con una discapacidad reciente e invalidante y que, independientemente de su edad, se percibe una afectación irreversible en su desempeño ante la familia y la sociedad. En general se sugiere, que por lo complejo de este estado de discapacidad, secuela o invalidez en los individuos, la frecuencia de las consultas de evaluación y la propia intervención, se realice en estrecha coordinación con el especialista en rehabilitación.

Debe quedar claro que en todo el proceso de dispensarización deben participar también los profesores del GBT de la especialidad básica correspondiente. El clínico, el ginecoobstetra, el pediatra u otro especialista, según el problema de que se trate, decidirán con el EBS, la estrategia de seguimiento del caso en cuestión y garantizarán

conjuntamente, la calidad en la ejecución de este proceso.

### ACCIONES A DESARROLLAR EN CADA GRUPO

Las actividades básicas de atención en el proceso salud-enfermedad, es decir de promoción de salud, prevención, atención médica al enfermo y rehabilitación, se desarrollan a lo largo de todo el proceso de dispensarización de forma dinámica y continua, pero predominarán unas u otras, según el tipo de paciente y el grupo dispensarial al que pertenece.

Las intervenciones a desarrollar en cada grupo dispensarial están esencialmente determinadas por las características del propio individuo y su estado de salud-enfermedad. Así por ejemplo, durante la evaluación de los pacientes del grupo III, serán predominantes las medidas terapéuticas que requieran el uso de medicamentos y otras indicaciones no farmacológicas, pero no por ello deberán obviarse las acciones de promoción de salud y prevención.

De esta forma, se puede afirmar que en los casos del grupo IV son necesarias, primordialmente, acciones de rehabilitación, pero a su vez, en ellos también se puede promover salud y realizar acciones de prevención en cualquiera de sus 3 niveles; sin embargo en los individuos supuestamente sanos o en riesgo (grupos I y II) las acciones a aplicar son básicamente estas últimas, las que en el marco de la consulta de atención primaria se deben expresar fundamentalmente a través del consejo médico, elemento muchas veces subestimado o ignorado, pero de probada eficacia en el difícil empeño por modificar estilos de vida.<sup>8</sup> Lógicamente no existe un esquema para delimitar la magnitud de las actividades a

desarrollar en cada grupo y mucho menos en cada persona en particular.

### LA CONSULTA DE EVALUACIÓN

Cada paciente que acuda a una consulta en la atención primaria (independientemente del motivo específico de consulta) debe ser objeto de una evaluación integral. Para llevar a cabo cada evaluación del estado de salud del paciente (antiguamente denominada "control"), el personal del EBS de la APS debe apoyarse primeramente en la historia individual y de salud familiar, que son los instrumentos que le permiten un mejor conocimiento acerca de la persona que se esté evaluando. A su vez, se debe desarrollar un acto médico de calidad, el cual está compuesto por: la entrevista médica, la exploración física, la indicación de exámenes complementarios -en caso de considerarse necesario-, así como un análisis integral de la evolución del problema que se presente en cada sujeto, y seguidamente la decisión de la conducta a seguir.

Cada persona evaluada tendrá necesariamente un seguimiento, por lo que al finalizar cada encuentro se debe convenir con ella la fecha en la que debe acudir a consulta nuevamente o en qué momento va a ser visitada en su hogar por algún miembro del EBS. El resultado de este convenio debe reflejarse en la tarjeta de planificación de acciones de salud y especificarse con claridad en la historia clínica al final de la conducta; deben evitarse inscripciones como: "reconsulta cada 3 meses" o "seguimiento según lo establecido". Es preferible que explícitamente se refleje la fecha en la que va a ser valorado nuevamente.

En general queremos destacar que las evaluaciones del estado de salud individual pueden ser realizadas por los miembros del EBS o el GBT, tanto en consulta como en

terreno. En el caso particular de enfermería (quienes realizarán esta actividad independiente, fundamentalmente en el terreno), no indicarán exámenes complementarios y como condición necesaria, el paciente debe tener al menos una evaluación previa del Médico de Familia en su historia clínica. De esta forma se logra un trabajo más eficiente del equipo y se amplía su alcance en la comunidad.

#### DISPENSARIZACIÓN EN LAS ENFERMEDADES AGUDAS Y EVENTOS DE CORTA DURACIÓN

Las enfermedades agudas y de corta duración como los episodios diarreicos agudos (EDA), las infecciones respiratorias agudas (IRA) o la infección urinaria aguda, entre otras, deben considerarse procesos intercurrentes y como tal deberán someterse a un control y seguimiento diferente de acuerdo con las exigencias del problema de salud y las características del individuo que la padece.

Estas afecciones, si bien presentan una baja gravedad y mortalidad asociadas, constituyen las de mayor incidencia en la población y representan un serio problema de invalidez temporal. En estos casos deberá brindarse una asistencia regular en intervalos relativamente cortos (cada 2 ó 3 días, según el criterio del equipo), con el objetivo de conocer su evolución y evitar la aparición de complicaciones. En este sentido el proceso de dispensarización tiene un enfoque diferente atendiendo al menor tiempo de duración, que requiere de acciones rápidas que tengan un efecto inmediato sobre los problemas.

Es importante destacar que estas enfermedades agudas, no necesariamente van a modificar el grupo de dispensarización en el que se encuentra el paciente, pues si bien

en ese momento es considerado enfermo, esta condición debe persistir por muy poco tiempo y, pasado el mismo, no debe modificarse su estado de salud de base.

Otras condiciones de riesgo serán sometidos a controles periódicos de acuerdo con las normas correspondientes que se establecen en programas de control de enfermedades y daños específicos; por ejemplo, los viajeros internacionales, las mordeduras por animales, los contactos de enfermos de ETS, tuberculosis, lepra u otras similares; los portadores asintomáticos de enfermedades transmisibles (fiebre tifoidea, hepatitis viral, seropositivos al VIH, etc). En tales casos, sí se reflejará en la historia de la situación de salud familiar la nueva condición del paciente y la clasificación que presente según los grupos de dispensarización, se modificará atendiendo al nuevo problema y se mantendrá por el período que persista esa condición.

#### LA DISPENSARIZACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO Y EDUCACIONALES

Una situación especial de la dispensarización es la que debe desarrollarse en las instituciones educacionales y centros de trabajo vinculados a la producción y los servicios, donde el proceso de dispensarización adquiere particularidades que reflejan las características de la actividad laboral que en el mismo se realiza. Así por ejemplo, en los centros de producción las actividades de atención a la salud de los trabajadores exigen tener en cuenta, además de los aspectos básicos de toda la dispensarización, los riesgos a los que se exponen los trabajadores desde el punto de vista del proceso industrial de la rama a la que pertenece (química, mecánica, biológica, radiaciones, etc.). La planificación, evaluación y ejecución de las acciones

sanitarias se adecuarán a esas condiciones en cada centro de trabajo.

En el caso de los centros educacionales se observan características muy especiales, pues en ellos la atención va dirigida a 2 grupos de individuos: los trabajadores y los educandos. Esta situación requiere organizar diferenciadamente las actividades de atención de ambos grupos.

En las instalaciones turísticas, el trabajo que realiza el equipo de salud adquiere una connotación muy particular. Las características higiénico sanitarias de este tipo de instalación son complejas, donde los riesgos se incrementan a partir de la coexistencia en un mismo espacio de personas provenientes de diferentes regiones del país o del mundo, y por la propia diversidad de los servicios que se ofrecen.

En general, en muchos de estos centros se atiende a una fuerza laboral que por las características del medio y del propio trabajo tiende a ser fluctuante. En muchos de ellos, la multiplicidad de áreas y de horarios complejizan el trabajo del equipo, y de hecho el cumplimiento de la dispensarización. La labor fundamental del EBS ubicado en cualquiera de estos espacios de la comunidad, debe estar encaminada al control epidemiológico en la instalación. Es la transformación de ser un ente pasivo a la espera del problema a resolver, en uno que pesquise activamente los diferentes daños y riesgos que constantemente se pueden presentar. Para ello existen diversas estrategias que se debe trazar el equipo, pues además de dar cumplimiento a las normas de dispensarización, debe velar por el estricto cumplimiento de las normas sanitarias durante la manipulación de los alimentos, realizar encuestas de morbilidad e inspecciones sanitarias frecuentes, y garantizar que en la instalación existan condiciones higiénico ambientales favorables.

## LA COORDINACIÓN HORIZONTAL EN EL CUMPLIMIENTO DE LA DISPENSARIZACIÓN

Uno de los elementos que se considera clave para lograr realmente un proceso de dispensarización óptimo y hacer más eficiente a nuestro sistema nacional de salud, lo constituye la coordinación horizontal, que no es más que el proceso mediante el cual se interrelacionan dentro del territorio nacional, los equipos básicos de salud de la APS, ubicados en los diferentes centros de la comunidad. Esta interrelación se expresa a través de la comunicación estrecha que debe existir entre ellos cada vez que se realice una evaluación a un paciente en común, y para la cual se utiliza una boleta de transferencia de pacientes.

El mecanismo consiste en que una vez evaluado un paciente en cualquiera de los centros educacionales o de trabajo donde exista un consultorio médico, se debe emitir un dictamen donde se reflejen los datos positivos encontrados y la impresión final resultado de la evaluación. El MF de estos centros enviará esta comunicación con el propio paciente, dirigida al Médico de Familia de su comunidad y utilizará para ello la boleta de transferencia. De esta forma, el EBS de la comunidad tendrá conocimiento de que a ese paciente le fue practicada una evaluación, y en consecuencia le programará el seguimiento. En caso de considerarse necesario, este proceso también podrá realizarse a la inversa, es decir, desde el consultorio del Médico de Familia de la comunidad hacia los consultorios en los diferentes centros de trabajo o estudio.

Este proceder debe mejorar el cumplimiento del proceso de dispensarización en todos los consultorios de la APS, además del fortalecimiento que entraña para el propio SNS. Una estrecha comunicación en este sentido asegura un mayor conociemien-

to acerca del estado de salud de los pacientes que estudian o trabajan, condición esta que dificulta al EBS de la comunidad su evaluación. Además los miembros de los EBS en los centros de trabajo o estudio podrán participar más directamente del proceso diagnóstico y seguimiento de sus pacientes al intercambiar impresiones con otros colegas relacionadas con un paciente en común.

## **Conclusiones**

Como se ha mostrado, la dispensarización constituye un proceso de inestimable valor para el equipo de salud de la APS. A través de él tanto el Médico como la Enfermera de Familia y los especialistas del GBT, pueden intervenir de forma muy dinámica y organizada en la evaluación y seguimiento de todos los individuos de la comunidad atendida, con el propósito de mantener, alcanzar o recuperar su salud. El enfoque de familia será abordado en un próximo trabajo.

Debe quedar claro que la dispensarización es un proceso continuo y el solo hecho de realizar una evaluación puntual de un individuo, o su registro en la historia de salud familiar u otra lista de personas con diferentes condiciones, no significa que ya esté dispensarizado, más bien indica que se ha iniciado el proceso.

En síntesis, la dispensarización se basa esencialmente en el desarrollo de un enfoque de riesgo en el que el seguimiento de cada persona es considerado de acuerdo con sus características individuales y los problemas que de forma integral pueden afectar su salud. No existe por tanto, una norma rígida o esquema para aplicarla. La potencial riqueza en variantes de seguimiento que posee y la posibilidad de desarrollo de este proceso, dependen fundamentalmente de la motivación, organización y capacidad del EBS para implementarlo.

## **AGRADECIMIENTOS**

*A los doctores Clarivel Presno Labrador, Pedro Pons Bravet y Rodolfo Álvarez Villanueva por su colaboración.*

**SUMMARY:** The process of patient classification is the object of the work carried out by the Basic Team of Primary Health Care in Cuba and the strategy of ambulatory care to the individual in the community is laid down starting from it. The patient classification has been largely improved based on the experiences and advances of the ambulatory services in our country and as a result of the introduction into our health system of the principles and objectives internationally established to attain the goals proposed by the World Health Organization and their fulfilment. A brief exposition of the historical evolution of patient classification is made and some conceptual and methodological elements related to this process as well as its current scope and fundamental content are presented. Aspects related to the consultation for evaluating the health status of the ambulatory patient are particularly approached. The most general elements connected with patient classification in special situations are stated and those aspects associated with the horizontal coordination in primary health care are also outlined.

Subject headings: **PRIMARY HEALTH CARE/methods; AMBULATORY CARE; HOME NURSING/methods; HOME CARE SERVICES; COMMUNITY MEDICINE; FAMILY PRACTICE; COMPREHENSIVE HEALTH CARE; HEALTH STATUS.**

## **Referencias bibliográficas**

1. Narey Ramos B, Aldereguía Henríquez G. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990:151.
2. Borroto R, Lemus ER, Aneiros E. Atención primaria de salud. Medicina Familiar y Educación Médica. Universidad Mayor de San Andrés, 1998.
3. Starfield B. Primary care. Concept, evaluation and policy. New York: Oxford University 1992:5.
4. Sansó F, Hernández A, Larrinaga M. La dispensarización: entre lo normado y lo posible. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(6):605-12.
5. Majovich S. Dispensarización de la población en la URSS. En: Organización de la Salud Pública en la Unión Soviética. CNICM, La Habana, 1983.p.70-100.
6. OPS, OMS. Aproximaciones para el establecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica de la discapacidad. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Programa de prevención de discapacidades y rehabilitación. Washington D.C.,1997.
7. España. Ministerio de Asuntos Sociales. IMSERSO. Clasificación Internacional de las deficiencias, discapacidades y minusvalía. 2da. ed. Madrid: Editorial Ministerio de Asuntos Sociales, 1992.
8. Grupo Operativo de los Servicios Preventivos de los EEUU. Guía de actividades preventivas en la práctica médica. Una valoración de la efectividad de 169 intervenciones. Parte segunda. Consejo. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1992:415-517.

Recibido: 30 de agosto del 2000. Aprobado: 6 de noviembre del 2000.

*Dr. Ricardo Batista Moliner.* Calle 24 # 515 e/ 5ta. y 7ma. Miramar, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.