

La dispensarización en el policlínico universitario docente de Playa un año después de la reorganización

Dispensarization in the "Playa" teaching and university polyclinic after one year of the reorganization

Leonardo Antonio Cuesta Mejías

Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente Universitario de Playa. Profesor Auxiliar del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCM-H). La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: aunque concebida originalmente en la antigua Unión Soviética, la dispensarización en nuestro país se llegó a constituir, junto con el Análisis de la Situación de Salud, en elementos fundamentales de la medicina familiar, en otras palabras, en la organización del trabajo del Médico de Familia.

Objetivos: determinar la situación de la dispensarización a un año de haberse implementado la reorganización de nuestros consultorios de medicina familiar.

Métodos: se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal de una muestra tomada al azar, 400 de las historias clínicas individuales del total de pacientes dispensarizados con enfermedades crónicas no transmisibles en los 9 consultorios del Médico y Enfermera de Familia del Policlínico Universitario Docente de Playa. Se revisaron igualmente las historias de salud familiar de los pacientes cuyas historias individuales seleccionamos. Se obtuvo también información de los registros del Departamento de Estadísticas del propio policlínico, con relación a la actividad realizada por los equipos básicos de salud en consulta y en terreno en el mes de enero del presente año.

Resultados: la mayoría de los pacientes pertenecen a los grupos de edades por encima de los 50 años, igualmente al sexo femenino y sufren de una sola enfermedad crónica. La hipertensión arterial es la enfermedad crónica que más los afecta, seguida de la diabetes mellitus. El 40 % de los pacientes no ha recibido control, y el 81 % de los pacientes ha sido consultado, ambas situaciones en el último año.

Conclusiones: la dispensarización ha mejorado, pero se mantiene presentando un

grupo importante de insuficiencias. La reorganización ofrece un potencial aún sin explotar para garantizar una mejor e integral atención médica a nuestra población.

Palabras clave: Dispensarizado, control, enfermedades crónicas no transmisibles.

ABSTRACT

Introduction: although originally conceived in the former Soviet Union, the dispensarization in our country was implemented together with the Health Situation Analysis, in main elements of family medicine, in other words, in the work organization of the Family Physician.

Objectives: to determine the dispensarization situation after a year of the reorganization implementation of our family physician consulting rooms.

Methods: a cross-sectional and descriptive study was conducted in our randomized sample, 400 individual medical records from the total of dispensarized patients presenting with chronic non-communicable diseases from the 9 Family and Nurse Family consulting rooms of the "Playa" Teaching and University polyclinic. Also, we analyzed the family health medical records of patients whose individual records were selected, as well as information from the Statistic Department registries of this polyclinic related to the activity carried out by health basic teams at consultation and in ground practice during January of current year.

Results: most of patients are included in age groups over 50 years and of female sex suffering of only one chronic disease. The high blood pressure is the more prevalent chronic disease, followed by diabetes mellitus. The 40 % of patients has not a control, the 81 % of patients has been treated, both situations occurred in past year.

Conclusions: the dispensarization has improved but still has many insufficiencies. Reorganization offers a potential still non explored to guarantee a better and integral medical care to our population.

Key words: Dispensarized, control, non-communicable chronic diseases.

INTRODUCCIÓN

Aunque concebida originalmente en la antigua Unión Soviética,¹ la dispensarización en nuestro país se llegó a constituir, junto con el Análisis de la Situación de Salud, en elemento fundamental de la medicina familiar, en otras palabras, en la organización del trabajo del Médico de Familia en Cuba, como lo establece su programa de trabajo.²

Son muy escasos los trabajos encontrados que se refieren a la dispensarización como un proceso general. En los años 70 y 80 de la pasada centuria se encuentran los primeros trabajos en nuestro país.³⁻⁸ Los más recientes, y con este enfoque, son realmente escasos, y prácticamente en su totalidad de los últimos años de la década de los 90 de la propia centuria y de los años iniciales de la primera década de este siglo.⁹ En los últimos 5 años se ha publicado muy poco al respecto.

Perfeccionar la dispensarización de los pacientes con enfermedades crónicas y otros daños a la salud, logrando una adecuada pesquisa, el control y la continuidad de la atención de las personas afectadas, forma parte de las directrices dentro de las Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el año 2015.¹⁰

Hace un poco más de un año, en marzo de 2008, se implementó un proceso de reorganización de los consultorios del Médico y la Enfermera de Familia, se establecieron 3 tipos: tipo I, que es el único con que contamos en nuestros policlínicos, donde se designaron, médicos y enfermeras titulares y de reserva, y en los que es una premisa de funcionamiento la permanencia en actividad, es decir, el consultorio abierto 8 h, 4 de mañana y 4 de tarde, así como el establecimiento de 1 o 2 días deslizantes, sin afectar las 8 h de funcionamiento. El tipo II, que no cuenta con médico y tiene su población jerarquizada por un EBS de uno tipo I; y por último, el tipo III reforzado, que cuenta con una mayor resolutivez y atiende generalmente poblaciones en condiciones de aislamiento o difícil acceso.

Habiendo realizado un trabajo similar al propuesto hoy, momentos antes de la implementación de la reorganización de los EBS, se llevó a cabo este con la aplicación del mismo método, con el objetivo de valorar si ha existido algún impacto de la reorganización sobre la dispensarización, aunque se sabe que es todavía muy corto el tiempo para esperar grandes diferencias. El objetivo fue determinar la situación de la dispensarización a un año de haberse implementado la reorganización de nuestros consultorios de medicina familiar.

MÉTODOS

Se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal de una muestra tomada al azar, 400 de las historias clínicas de total de pacientes dispensarizados con enfermedades crónicas transmisibles, en los 9 consultorios del Médico y la Enfermera de Familia del área de salud del Policlínico Universitario Docente de Playa, que constituyó el universo de nuestro estudio. Igualmente revisamos las historias de salud familiar de los pacientes cuyas historias clínicas individuales seleccionamos, y se obtuvo información de los registros del Departamento de Estadísticas del policlínico con relación a la actividad realizada por los EBS, tanto en consulta como en terreno, en el mes de enero del presente año.

En el presente estudio consideramos como dispensarizado todo aquel paciente que se demuestre en la historia clínica individual que ha recibido un control integral en el último año en relación con el momento de la revisión de esta.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes estudiados pertenecen a los grupos de edades por encima de los 50 años y al sexo femenino (tabla 1).

Tabla 1. Distribución por edad y sexo

Grupo de edad	Sexo				Total	%
	M	%	F	%		
- de 1	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1-4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5-9	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10-14	2	0,50	0	0,00	2	0,50
15-19	2	0,50	1	0,25	3	0,75
20-24	3	0,75	1	0,25	4	1,00
25-29	5	1,25	3	0,75	8	2,00
30-34	12	3,00	9	2,25	21	5,25
35-39	12	3,00	10	2,50	22	5,50
40-44	13	3,25	11	2,75	24	6,00
45-49	10	2,50	18	4,50	28	7,00
50-54	22	5,50	22	5,50	44	11,00
55-59	16	4,00	20	5,00	36	9,00
60-64	24	6,00	28	7,00	52	13,00
65-69	32	8,00	52	13,00	84	21,00
70-74	14	3,50	18	4,50	32	8,00
75-79	4	1,00	8	2,00	12	3,00
80-84	12	3,00	6	1,50	18	4,50
85 y más	4	1,00	6	1,50	10	2,50
Total	187	46,75	213	53,25	400	100,00

Predominan los pacientes con una sola enfermedad crónica, seguidos por los que padecen de 2 de estas afecciones y finalmente por los que padecen 3 o más de ellas. Cuando precisamos el tipo de enfermedad que más aqueja a estos pacientes, se vio que el 26 % (104 pacientes) sufre de hipertensión arterial, seguidos del 7 % (28 pacientes) de diabetes mellitus (tabla 2).

Tabla 2. Distribución por número de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

No. de ECNT	No.	%
1	240	60,0
2	116	29,0
3 o más	44	11,0
Total	400	100,0

Hemos encontrado que más del 40 % de los pacientes estudiados no recibe control desde hace más de 1 año, un 30 % menos que antes de la reorganización; es decir, tenemos un 30 % más de pacientes dispensarizados. El 59 % de los pacientes estudiados ha sido controlado hace menos de 1 año. No obstante hemos

encontrado que el 81 % de los pacientes ha sido consultado en ese mismo período (tabla 3).

Tabla 3. Distribución según fecha de último contacto

Fecha	Fecha de último contacto					
	Consulta	%	Terreno	%	Control	%
Menos de 3 m	132	33,0	52	13,0	124	31,0
3-6 meses	84	21,0	32	8,0	76	19,0
6 m-1 año	108	27,0	36	9,0	36	9,0
1 año y más	76	19,0	280	70,0	164	41,0
Total	400	100,0	400	100,0	400	100,0

Aunque igualmente encontramos mejoría, aún tenemos un 25 % de los pacientes a los que no les coincide el diagnóstico que tienen en la historia clínica individual con el que tienen registrado en la historia de salud familiar. De estos casos, 27 no tienen ningún diagnóstico colocado en la carátula de la historia clínica individual, y el 13 % de ellos (13) no tienen ningún diagnóstico en la historia de salud familiar (tabla 4).

Tabla 4. Coincidencia entre diagnóstico en historia clínica individual e historia de salud familiar

Coincidencia	No.	%
Sí	300	75,0
No	100	25,0
Total	400	100,0

Cuando se analizan algunos de los elementos del acto médico relacionados con la dispensarización, se ve que se interroga a la gran mayoría de los pacientes atendidos (97 %) y que se incrementan también los interrogatorios que son integrales, en este caso casi 2,5 veces (43 pacientes). Al 39 % de los pacientes no se le realiza examen físico, y solo al 7 % se le realiza este de una manera integral. A estos elementos se le añade que solo se le ofrecen orientaciones generales al 10 % de los pacientes, y que son citados para la próxima consulta el 5 % del total de ellos (tabla 5).

Tabla 5. Algunos elementos del acto médico relacionados con la dispensarización

Elementos del acto médico	Sí	%	No	%	Total	%
Realiza interrogatorio	388	97	12	3	400	100
Realiza interrogatorio integral	43	11	357	89	400	100
Realiza examen físico	244	61	156	39	400	100
Realiza examen físico integral	28	7	372	93	400	100
Ofrece orientaciones integrales	40	10	360	90	400	100
Cita para próxima consulta	20	5	380	95	400	100

DISCUSIÓN

El hecho de que predominen los pacientes de los grupos de edades por encima de los 50 años y que lo hagan en similar proporción que en el estudio previo, consideramos que está en correspondencia con que son pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), y estas afecciones, en su mayoría, tienen una mayor prevalencia precisamente a partir de esa edad. El predominio del sexo femenino, en esta ocasión, está más en correspondencia con la distribución de nuestra población general.

La distribución de los pacientes según el número de enfermedades crónicas que sufren, está en relación con la distribución que encontramos en la dispensarización de nuestra población. Con relación a las afecciones que más presentan estos pacientes debemos decir que, en ambos casos, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, están algo por encima de la prevalencia reportada en nuestra población general.

La diferencia entre los pacientes consultados y los controlados en el último año nos lleva a plantear que no se aprovecharon el 22 % de las oportunidades de contacto del médico con el paciente, en el propio consultorio, para realizarle un control integral en correspondencia con su pertenencia al grupo III de la dispensarización. Aunque mejora este indicador con relación al estudio previo, todavía son muchas las oportunidades que perdemos.

No coincidimos con otros autores que encontraron mejores cifras de cumplimiento de la dispensarización.⁹ Se mantiene aún potencialidad para poder cumplir con las proyecciones de la salud pública cubana para el año 2015.¹⁰

La falta de coincidencia de los diagnósticos registrados en las historias clínicas individuales y en las historias de salud familiares, nos habla de que se mantiene falta de trabajo sistemático con ambos instrumentos de la medicina familiar, y por ende, su desactualización y falta de correspondencia entre la información que ambos deben registrar.

Todo lo encontrado en los elementos del acto médico nos permite afirmar que se mantienen dificultades que limitan la calidad del proceso de dispensarización, y que

igualmente, si ampliáramos el criterio de paciente dispensarizado, y consideráramos todos los elementos que aparecen como requisitos para esto en la Carpeta Metodológica de la APS,¹¹ se incrementaría considerablemente el número de pacientes no dispensarizados en este estudio.

Se concluye señalando que la dispensarización ha mejorado, pero se mantiene presentando un grupo importante de insuficiencias. La reorganización ofrece un potencial aún sin explotar para garantizar una mejor e integral atención médica a nuestra población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Batista Moliner R, Sansó Soberats FJ, Feal Cañizares P, Lorenzo A, Corratgé Delgado H. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001;17(2):109-20.
2. Ministerio de Salud Pública. Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. La Habana; 1988. p. 16.
3. Valenti C. Aspectos conceptuales de la dispensarización [tesis de terminación de residencia]. Instituto de Desarrollo de la Salud (IDS); 1985.
4. MINSAP. Dirección Nacional de Policlínicos. Taller sobre dispensarización de la población en las áreas de salud. 1982.
5. Santoyo B. La dispensarización de adultos en un área de salud [tesis de terminación de residencia]. Instituto de Desarrollo de la Salud (IDS); 1979.
6. Fernández MC. Situación actual de la dispensarización del nuevo modelo de atención de la familia en el área de salud de Lawton [tesis de terminación de residencia]. Instituto de Desarrollo de la Salud (IDS); 1985.
7. Marimón N. Análisis de la formación y sistema de información de la dispensarización en el área de salud "Luis A. Carbó" [tesis de terminación de residencia]. Instituto de Desarrollo de la Salud (IDS); 1986.
8. MINSAP. Respuesta de la República de Cuba al cuestionario de dispensarización. Situación actual y perspectiva. Informe al CAME; 1985.
9. Sansó Soberats FJ, Fernández Pérez A, Larrinaga H. La dispensarización: entre lo normado y lo posible. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999;15(6):605-12.
10. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 45-9.
11. MINSAP. Carpeta metodológica de la APS y medicina familiar. Barcelona: Talleres Gráficos Canigó; 2001.

Recibido: 26 de noviembre de 2010.
Aprobado: 4 de diciembre de 2010.

Leonardo Antonio Cuesta Mejías. Policlínico Docente Universitario de Playa. Calle 68 esquina 29 C, Buena Vista, municipio Playa, La Habana, Cuba. Correo electrónico: leonardo.cuesta@infomed.sld.cu