SEGUNDA EDICIÓN

EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

Programa del médico y la enfermera de la familia

PUBLICACIONES INSTITUCIONALES · PROGRAMAS

Programa

del médico y la enfermera
de la familia

SEGUNDA EDICIÓN

EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

Programa

del médico y la enfermera de la familia

PUBLICACIONES INSTITUCIONALES · PROGRAMAS

La Habana · 2023

Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Atención Primaria de Salud.
Programa del médico y la enfermera de la familia. Colectivo de autores; 2. ed. —
La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2023.
80 p., tab. — (Colección Publicaciones Institucionales. Serie Programas).
-
-
Atención Primaria de Salud, Programas Nacionales de Salud, Estrategias de Salud, Medicina Familiar y Comunitaria, Atención Integral de Salud, Prevención de Enfermedades, Análisis de la Situación, Promoción de la Salud, Cuba
-
WA 110

Cómo citar esta obra
Ministerio de Salud Pública (CUB). Departamento de Atención Primaria de Salud. Programa del médico y la enfermera de la familia [Internet]. 2da. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. Disponible en: http://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/

Edición: Ing. Damiana I. Martín Laurencio
Diseño: D.I. Ernesto Irsula Bataille
Maquetación: Téc. Amarelis González La O

Primera edición, 2011

Sobre la presente edición:
© Ministerio de Salud Pública, 2023
© Editorial Ciencias Médicas, 2023

ISBN 978-959-316-072-8
ISBN 978-959-316-066-7 (PDF)
ISBN 978-959-316-067-4 (EPUB)

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle 23, núm. 654, entre D y E, El Vedado
La Habana, C. P. 10400, Cuba
Teléfono: +53 7836 1893
ecimed@infomed.sld.cu
www.ecimed.sld.cu

Esta obra se difunde bajo una licencia Creative Commons de Atribución No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de copiar, compartir, distribuir, exhibir o implementar sin permiso, salvo con las siguientes condiciones: reconocer a sus autores (atribución), no usar la obra de manera comercial (no comercial) y, si produce obras derivadas, mantener la misma licencia que el original (compartir igual). https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es

---

Las opiniones, resultados y conclusiones expresadas en la presente publicación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente las decisiones, políticas ni puntos de vista de la Organización Panamericana de la Salud.

Autoría

Autores

Ailuj Casanova Barreto

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Organización y Administración de Salud. Especialista de I Grado en Oftalmología. Departamento de Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud Pública

Doris Sierra Pérez

Máster en Salud Ambiental. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud Pública

Lilia Turquina González Cárdenas

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Educación Médica Superior. Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Escuela Nacional de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

María Elena Soto Entenza

Máster en Educación Médica. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud Pública

Tatiana Durán Morales

Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud Pública

Víctor Lorente Díaz

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud Pública

Carlos Alejandro López Lima

Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud Pública

Amarilys Alonso Madero

Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Ministerio de Salud Pública

Ana Margarita Muñiz Roque

Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud Pública

Leonardo Antonio Cuesta Mejías

Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Escuela Nacional de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Sonia María González Vega

Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Dirección Provincial de Salud, Camagüey

Héctor Corratge Delgado

Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Dirección de Organización, Ministerio de Salud Pública

Alberto Ernesto Fernández Seco

Máster en Gerontología Social. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Departamento de Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

Rubén García López de Villavicencio

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Doctor Cosme Ordoñez Carceller, Dirección Provincial de Salud, La Habana

Caridad Pérez Charbonier

Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Ministerio de Salud Pública

Anahy Velázquez Aznar

Máster en Salud Pública. Departamento de Enfermería, Ministerio de Salud Pública

Colaboradores

Ileana Morales Suárez

Máster en Ciencias de la Educación Médica. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Especialista de I Grado en Anatomía Humana. Dirección Nacional de Ciencia e Innovación Tecnológica, Ministerio de Salud Pública

Julio Guerra Izquierdo

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Nefrología. Dirección Provincial de Salud, Santiago de Cuba

Roberto Alvarez Sintes

Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Longevidad Satisfactoria. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Dirección de Docencia, Ministerio de Salud Pública

Eduardo Alemañy Pérez

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Nidia Márquez Morales

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Noemí Causa Palma

Especialista de I Grado en Pediatría. Departamento Materno-Infantil, Ministerio de Salud Pública

Erwin Regis Angulo

Especialista de I Grado en Pediatría. Departamento Materno-Infantil, Ministerio de Salud Pública

Liset del Rosario López González

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Terapia Intensiva Pediátrica. Grupo Nacional de Pediatría, Ministerio de Salud Pública

Elizabeth de la Caridad López González

Especialista de I Grado en Neonatología. Departamento Materno-Infantil, Ministerio de Salud Pública

Milagros Santa Cruz Domínguez

Máster en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Pediatría. Departamento Materno-Infantil, Ministerio de Salud Pública

Danilo Nápoles Méndez

Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Departamento Materno-Infantil, Ministerio de Salud Pública.

Jorge González Pérez

Doctor en Ciencias. Especialista de II Grado en Medicina Legal. Dirección de Docencia, Ministerio de Salud Pública.

José Luis Aparicio Suárez

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Hematología. Dirección de Docencia, Ministerio de Salud Pública.

Mariela García Jordán

Máster en Salud Pública. Especialista de I Grado en Estomatología. Departamento de Estomatología, Ministerio de Salud Pública.

Dagmara Cejas Bernet

Licenciada en Derecho. Dirección Jurídica, Ministerio de Salud Pública

Adyerén Ruiz Reyes

Licenciada en Enfermería. Departamento de Enfermería. Ministerio de Salud Pública.

Frank Hernández Ávila

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud, Pinar del Rio

Raycel Valdés Azcuy

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud Artemisa

Dayami Rodríguez Calambú

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud, Mayabeque

Liván Sánchez Espinosa

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud, La Habana

José de la Caridad Santos Chaviano

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud, Matanzas

Eugenio Figueredo Martínez

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud, Cienfuegos

Ludmila Cordovés Kletsman

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud, Villa Clara

Belkis Lorenzo González

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Subdirección de Asistencia Médica, Dirección Provincial de Salud, Villa Clara

Héctor Luis Hurtado Luna

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud, Santi Spíritus

Coralia García Montenegro

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud, Ciego de Ávila

Sonia María Cabrera Fernández

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud, Camagüey

Norkis Sánchez Alonso

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud, Las Tunas

Miguel Barzaga González

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud, Granma

Elizabeth Bichara Baugzá

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud, Holguín

María del Carmen Calzado Alcolea

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud, Santiago de Cuba

Yusleysis de la Cruz Carmenaty

Especialista en I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud, Guantánamo

Pedro Bello Oliva

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Provincial de Salud, Isla de la Juventud

Sandra Collazo Rodríguez

Máster en Infectología y Adulto Mayor. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atención Primaria de Salud, Dirección Municipal de Salud, Habana del Este

Nilda Leiseca Quiroga

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Atencion Primaria de Salud, Ministerio de Salud Pública

Nelly Cristina Valdivia Onega

Máster en Atención a la Mujer. Especialista de II Grado en Administración de Salud. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Centro Internacional de Salud La Pradera, Ministerio de Salud Pública

Luis Manuel Pérez Concepción

Máster en Didáctica de la Educación Superior. Especialista en II Grado de Medicina Interna. Dirección de Inspecciones, Ministerio de Salud Pública

Maritza Hernández Valdés

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Dirección de Inspecciones, Ministerio de Salud Pública

Aleida María Núñez Tamayo

Máster en Psiquiatría Social. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Adulto Mayor, Asistencia Social y Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

Aldo de Jesús Muñoz Hernández

Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Dirección de Asistencia Médica, Ministerio de Salud Pública

Salvador Tamayo Muñiz

Especialista de I Grado en Gerontología y Geriatría. Departamento de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, Ministerio de Salud Pública

Yoerquis Mejías Sánchez

Doctor en Ciencias de la Educación Médica. Máster en Educación Médica. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Pediatría. Departamento de Normalización, Metrología y Calidad, Ministerio de Salud Pública

Germán Carrera Cánovas

Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista I Grado en Medicina General Integral. Ministerio de Salud Pública

María Victoria Norabuena Canal

Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Dirección de Ciencia e Innovación Tecnológica, Ministerio de Salud Pública

Fernando Trujillo Sánchez

Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Dirección de Cuadros, Ministerio de Salud Pública

Georgina Pérez Álvarez

Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Departamento de Información y Comunicación, Ministerio de Salud Pública

Karel Barthelemy Aguilar

Licenciado en Ciencias de la Computación. Dirección de Informática y Comunicaciones, Ministerio de Salud Pública

Ileana Regla Alfonso Sánchez

Doctor en Ciencias de la Información. Máster en Informática Médica. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Ministerio de Salud Pública

Gisela Abreu Ruiz

Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Sección Independiente de Control del Cáncer, Ministerio de Salud Pública

Yadira Olivera Nodarse

Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Organización y Administración de Salud. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Dirección Provincial de Salud, La Habana

Asesores

Dr. C. José Ángel Portal Miranda
Ministro de Salud Pública

Dra. Tania Margarita Cruz Hernández
Viceministra Primera de Salud Pública

Dr. Reinol Delfín García Moreiro
Viceministro de Salud Pública

Dra. Carilda Peña García
Viceministra de Salud Pública

M. Sc. Luis Fernando Navarro
Viceministro de Salud Pública

Índice de contenidos

I. Introducción/ 1

II. Antecedentes y justificación/ 3

III. Objetivos/ 6

General/ 6

Específicos/ 6

IV. Límites/ 7

V. De la organización/ 8

1. Premisas generales/ 8

2. Del consultorio/ 11

3. Del policlínico/ 13

4. Del hospital/ 17

VI. Actividades/ 18

1. De la promoción/ 18

2. De la prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud/ 21

3. De la atención médica / 23

Dispensarización/ 25

Ingreso en el hogar/ 32

Interconsultas/ 35

Proyección comunitaria de las especialidades no básicas/ 35

Documentos de trabajo aprobados para el Equipo Básico de Trabajo/ 36

4. De la rehabilitación/ 38

5. De lo higiénico-sanitario/ 38

6. De lo social/ 39

7. De la docencia/ 40

8. De la investigación/ 41

VII. Del control/ 43

Metodología para el control del trabajo del médico y la enfermera(o) de la familia/ 43

A. Premisas para el control/ 43

B. Elementos a tener en cuenta en el control/ 44

C. Control del Grupo Básico de Trabajo/ 47

D. Control por el policlínico/ 54

Anexos/ 60

Modelo de tarjeta de salud familiar/ 60

Modelo consulta de puericultura/ 62

Guía de evaluación del consultorio/ 64

Análisis de la situación de salud (ASS)/ 77

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud, define que la *salud* no es solo la ausencia de enfermedad, sino también el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad.

La salud pública cubana del período revolucionario se caracterizó desde su inicio por una preocupación constante de todo el pueblo, atendiendo no solo los aspectos curativos, sino también los promocionales y preventivos, lo que trajo como resultado que las tareas de la salud pública no estuvieran limitadas a ser desarrolladas por el sector salud. El Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz fue muy preciso cuando señaló:

> (…) cómo el campo de la medicina se une con el campo de la economía, con el campo de la agricultura y con el campo de la industria; cómo la medicina preventiva se vincula con la técnica agrícola de producción, cómo el índice de las enfermedades se reduce parejamente no solo al número de médicos, sino a la cantidad de proteínas, de minerales y de vitaminas que cada ciudadano ingiera diariamente y de las condiciones en que se produzcan; y cómo la reducción de las enfermedades va paralela a la elevación de las condiciones de higiene de las ciudades, del número de acueductos, del número de viviendas decorosas, del número de medios con que se cuente para rodear a cada ser humano de las mejores condiciones materiales de vida; cómo marcha paralela la medicina preventiva con la educación general, con la cultura general, con la enseñanza en todos los niveles; cómo, incluso, esa medicina preventiva es tarea no solo de los médicos, no solo del Ministerio de Salud Pública, cómo es tarea también del Ministerio de Educación, cómo es tarea de las organizaciones de masas, cómo hay que preparar a los niños, cómo hay que enseñarlos, cómo hay que educarlos, qué hábitos hay que crearles, qué desarrollo hay que promover, qué conocimientos de higiene hay que inculcarles, cómo hay que enseñarlos, incluso, a alimentarse (…).

Por esto, es importante tener en cuenta el concepto de *intersectorialidad*, que se define como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la participación comunitaria intervienen las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance. Este concepto fue definido en la conferencia de Alma Atá: "La participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario".

En Cuba, la comunidad tiene importancia como escenario de la participación popular, entendida en su sentido de integralidad por su intervención activa en todo el proceso social, desde la identificación de problemas y necesidades, definir, formular políticas, ejecutarlas y controlar el desarrollo de la actividad en torno a dichas políticas.

La idea del Comandante en Jefe de crear un médico diferente y un nuevo especialista con el fin de alcanzar nuevos niveles de salud y mayor satisfacción en 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 responsable de la salud de los individuos, las familias y del medio, tratando siempre de preservarlo de esquemas burocráticos, de mantenerlo en contacto directo con su población y de que mantuviera su plena consagración al trabajo. A partir de los elementos antes mencionados se elaboraron programas de trabajo para el médico de la familia, el policlínico y el hospital, que integraron en un solo programa, acciones que respondían a las ideas que conducen este modelo de atención. Estos programas tuvieron un carácter de provisionalidad, enriqueciéndose con la práctica y la experiencia de sus ejecutantes, de forma que ha permitido su constante perfeccionamiento.

Aun cuando la práctica demostró lo adecuado de estos programas y su aplicación ha estado en correspondencia con los cambios producidos en el sistema de salud, las condiciones objetivas y subjetivas que los han acompañado, se hace necesario enriquecerlos y convertirlos en algo propio, incorporado en el quehacer diario del Equipo Básico de Salud (EBS) y del especialista en Medicina Familiar.

II. Antecedentes y justificación

Desde el propio surgimiento del *policlínico*, en el año 1963, las actividades que se han realizado en nuestro país en la atención ambulatoria se han organizado en forma de programas de salud; estos constituyen la vía ideal para agrupar integralmente las acciones de salud dirigidas a alcanzar los propósitos y objetivos preestablecidos, con la coordinación de esfuerzos, el incremento de la eficiencia y la integración de todos los factores.

La existencia de programas de salud ha garantizado una sistematicidad, uniformidad, planificación y control de las acciones. 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 utilizado en cada etapa.

Los primeros programas de salud en nuestro país 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, por ser estas las que mayor incidencia tenían en la morbimortalidad de la población al triunfo de la Revolución; después se implementaron los programas priorizados para la atención a grupos de personas con mayor riesgo, como la madre y el niño menor de un año.

Luego, 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 *Programas básicos del área de salud*.

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 producen modificaciones positivas en la forma, el contenido y la práctica de la atención médica, estableciéndose cambios en la atención primaria que han repercutido favorablemente en los resultados del Sistema Nacional de Salud.

Con el propósito de adecuar el trabajo de los médicos y enfermeras(os) s a su nueva labor, se hizo necesario producir cambios en los programas de salud y en las formas de evaluación y control, partiendo de premisas que tuvieron en cuenta su función como de guardianes de la salud y su consagración al trabajo; evaluando los resultados, a través de las acciones tomadas y de las modificaciones cualitativas logradas en el estado de salud de la población, conocido por el análisis de la situación de salud, 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 las personas de la tercera edad, de forma integral, teniendo en cuenta las condiciones sociales, económicas y ambientales en las cuales se desarrolla cada comunidad. 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 higiénico sanitarios; por último, estos profesionales no podrían responder a la esperanza de la sociedad si no tuvieran 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 a la constante superación y a la investigación de los problemas de salud, el cual ha llegado hasta los tiempos actuales con el desarrollo más universal de los procesos docentes, asumiendo 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 rol protagónico.

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 cubano, 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 nuestra población.

Como parte de las transformaciones del país y a partir de las prioridades, retos y objetivos de trabajo definidos por el Ministerio de Salud Pública a partir del 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 la enfermera de la familia*, como modelo de atención de la Atención Primaria de Salud.

Se elaboró este *Programa* sustentado en el proceso de perfeccionamiento del sistema de salud y en las insatisfacciones de la población, dirigido al desempeño de los médicos y enfermeras(os) de la familia en los consultorios, reflejándose, además, las actividades del policlínico y del 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".

Es importante revitalizar la Atención Primaria de Salud (APS) a partir de la situación actual y las características de cada territorio, fortalecer la función del Equipo Básico de Salud (EBS) como brazo ejecutor del *Programa del m*édico y *la enfermera de la familia*, dirigido a satisfacer las necesidades de la población y modificar positivamente los indicadores de salud.

A más de una década de actualizado el *Programa*, se hace necesaria su revisión en un contexto diferente, teniendo en cuenta los cambios en la sociedad, que incluye el cuadro de salud de la población y la necesidad de la intersectorialidad y la participación social, con autorresponsabilidad individual, familiar y comunitaria, para la solución de los problemas de salud del individuo, la población, la comunidad y el ambiente.

"(…) más que médicos serán celosos guardianes de lo más precisado del ser humano, apóstoles y creadores de un mundo más humano."

Fidel Castro Ruz

III. 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 particularidades de la medicina familiar 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 escolar, ocupacional y barrios vulnerables.
5. Garantizar con calidad el diagnóstico precoz, y la atención médica y dispensarizada, mediante la integración y aplicación de los métodos clínico, epidemiológico y social.
6. Desarrollar la rehabilitación con base comunitaria, con énfasis en las personas en situación de discapacidad y factores de riesgo.
7. Contribuir a la formación de profesionales y técnicos de la salud a partir de una concepción ético-humanista de la profesión médica, la formación y desarrollo de valores, junto a una sólida preparación científico-técnica.
8. Desarrollar investigaciones, fundamentalmente a partir de los problemas identificados en el análisis de la situación de salud de su comunidad.

IV. Límites

Geográfico: Programa Nacional.
De tiempo: 5 años.
Universo: Toda la población residente en Cuba.

V. De la organización

1. Premisas generales

1.1. El *Programa del médico y la enfermera de la familia*, será desarrollado en los escenarios del primer nivel de atención; la atención primaria es una estrategia que transversaliza todos los niveles de atención.

1.2. Es vital para el desarrollo del *Programa*, la integración del Equipo Básico de Salud, del Grupo Básico de Trabajo (GBT) y la dirección del policlínico, con todos los factores políticos y de masas, así como los representantes de las estructuras de gobierno en cada municipio.

1.3. Cada área de salud debe tener definido el número de consultorios, con el propósito de garantizar la atención médica integral.

1.4. La población definida a atender en los consultorios no debe exceder los mil habitantes.

1.5. El Equipo Básico de Salud estará conformado, por un médico y una enfermera(o).

1.6. El Equipo Básico de Salud es el responsable de la salud de su población y brindará atención médica integral y dispensarizada a los individuos, la familia y la comunidad.

1.7. El Equipo Básico de Salud es el responsable de la ejecución del *Programa* en su comunidad y organizará su trabajo a partir de las necesidades de salud de la población, utilizando el análisis de la situación integral de salud para la identificación, análisis y búsqueda de soluciones a esas necesidades.

1.8. El Grupo Básico de Trabajo, estará conformado por equipos básicos de salud que no deben exceder los 10, los cuales cumplirán con las funciones asistenciales, docentes, investigativas y administrativas que se ajustan según las características sociodemográficas de la comunidad.

1.9. El Grupo Básico de Trabajo estará integrado, por un especialista de medicina interna, uno de ginecología y obstetricia, y uno de pediatría (o por un médico especialista en medicina general integral certificado en estas especialidades básicas), un licenciado en psicología, un

licenciado en enfermería (supervisor). Todos con categoría docente. Además, lo conforman un técnico en estadística, un técnico de higiene y epidemiologia y un trabajador social. Este grupo estará dirigido por un especialista en medicina familiar.

1.10. Se integrarán a las actividades del consultorio, estomatólogos, estudiantes de medicina, 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 (gestantes, recién nacidos, niños, adolescentes, adultos, adultos mayores) y en condiciones especiales como encamados y postrados, con la participación de otros especialistas según lo establecido y siempre que lo considere necesario.

1.12. El consultorio tendrá un horario de ocho horas, cuatro en consulta y cuatro en actividades de terreno 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.

1.13. Se establecerá al menos una vez a la semana, un horario de consulta deslizante de 3.00 p.m. a 7.00 p.m., acordado con la comunidad, para la población trabajadora y estudiantil.

1.14. Siempre que se esté fuera del consultorio, ya sea por urgencias o por actividades planificadas, se dejará la hoja de localización donde se informe el lugar en que se encuentren.

1.15. El Equipo Básico de Salud laborará en un consultorio médico. Podrá ser compartido por otro equipo en el mismo local de consulta, cumpliendo siempre los requisitos de privacidad para la atención a los pacientes y que no rebase una distancia de 3 km de su comunidad en área urbana. En este caso, las actividades de consulta y terreno se realizarán diariamente en horarios alternos, cumpliendo con su jornada laboral de ocho horas.

1.16. El consultorio contará con la pancarta informativa dirigida a la población, en lugar visible y protegida, reflejando el nombre y apellidos del médico y la enfermera(o) de la familia, el número del consultorio, direcciones de los Comité de Defensa de la Revolución que atiende, horario de consulta y de terreno (incluyendo el día del deslizante), día de la guardia médica, día de la reunión del Grupo Básico de Trabajo, rotación de enfermería una vez al mes por el servicio de urgencia, día de docencia, así como los consultorios que forman parte del dúo o trío de trabajo, y otra información que necesite la población.

1.17. Los consultorios de difícil acceso podrán disponer de un día completo a la semana para la actividad de terreno previa coordinación con la comunidad.

1.18. La atención médica en las áreas geográficas con población menor de 300 habitantes y a una distancia de hasta 5 km de la institución de salud más cercana, se garantizará por el Equipo Básico de Salud más cercano, reforzándose la atención con una licenciada(o) de enfermería o especialista en enfermería comunitaria, que permanecerá en el local previsto para la atención.

1.19. La población de las áreas distantes a 5 km, recibirán consulta médica por el médico de familia con frecuencia semanal y de los integrantes del Grupo Básico de Trabajo una vez al mes según el cuadro de salud de la población. El Equipo Básico de Salud no debe tener una población que exceda los mil habitantes.

1.20. Los consultorios deben tener condiciones estructurales adecuadas, con privacidad, iluminación, ventilación, suministro de agua potable, mobiliario clínico y no clínico, e instrumental y medicamentos según cantidades establecidas, que permitan brindar una atención integral con calidad y poder resolutivo. Contarán con sala de espera, local de consulta, local de procederes, área de descontaminación de material e instrumental, y baño, así como vivienda para el médico y la enfermera(o). El consultorio del médico y la enfermera(o) de la familia tiene que ser el local más limpio y ordenado de toda la comunidad, con cultura del detalle y del buen gusto.

1.21. El Equipo Básico de Salud vivirá en las casas del consultorio siempre que disponga de ellas. Estas viviendas constituyen medios básicos, por lo que deberán ser entregadas cuando el médico o la enfermera(o) concluyan la vida laboral en su consultorio.

1.22. El Equipo Básico de Salud utilizará las tarjetas de planificación de acciones de salud y de historia de salud familiar, para la organización del trabajo.

1.23. El Equipo Básico de Salud planificará las siguientes actividades:

a) Pacientes programados para ser atendidos durante el día.
b) Distribución de las actividades programadas a realizar (consultas y terrenos).
c) Establecer las prioridades de los pacientes y/o familias que serán atendidos en el terreno, por el médico o la enfermera(o), teniendo como prioridad los pacientes ingresados en el hogar.

d) Actividades educativas grupales.

1.24. La enfermera(o) permanecerá el mayor tiempo en la sala de espera, o en un lugar accesible a ella, que le permita atender a los pacientes. Realizará las actividades siguientes:
   a) Establece prioridades de atención.
   b) Mide signos vitales, peso y talla del paciente.
   c) Revisa la tarjeta de planificación de acciones de salud familiar y la historia de salud familiar.
   d) Brinda educación para la salud.
   e) Realiza pesquisa activa.
   f) Registra en la historia clínica individual todas las acciones realizadas y conduce al paciente hacia la consulta médica.

1.25. Se establece como tiempo de permanencia en el consultorio, dos años para los especialistas de medicina familiar y tres años para los residentes, mientras cursen la especialidad de medicina familiar.

1.26. En los consultorios de centros laborales y educacionales priorizados serán ubicados especialistas en medicina familiar.

2. Del consultorio

Cada Equipo Básico de Salud deberá realizar las actividades relacionadas con:

2.1. 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.

2.2. El seguimiento a aquellos pacientes que su dolencia lo requiera, hasta concluir con el control de esta.

2.3. El proceso de dispensarización, que permite la planificación de actividades individuales, familiares y colectivas, según necesidades sentidas y reales de la población.

2.4. Registrar a todos los pacientes atendidos en consultas o terrenos, tanto por el médico como por la enfermera(o) en el Modelo de actividades de medicina familiar, enviándola al Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Los consultorios urbanos la entregarán diariamente y los de difícil acceso hasta las 72 h.

2.5. La coordinación de la atención de sus pacientes en cualquier nivel del Sistema Nacional de Salud.

2.6. Participar como asesores técnicos en las reuniones y espacios de convocatoria de su comunidad y establecer relaciones de trabajo con las organizaciones políticas y de masas para facilitar las actividades de promoción de salud, prevención de enfermedades, otros riesgos a la salud y la vigilancia de los eventos de salud.
2.7. Organizar y orientar las acciones a desarrollar por los líderes formales e informales de la comunidad, encaminadas a la promoción de salud, prevención de daños y enfermedades.
2.8. Coordinar y participar en las interconsultas establecidas o aquellas que surjan por criterio médico, junto con los especialistas del Grupo Básico de Salud.
2.9. El ingreso en el hogar, según los principios y requisitos establecidos.
2.10. El Análisis de la Situación de Salud (ASS), como elemento básico en el mejoramiento del estado de salud de su comunidad; se realizará todos los años, con la participación de la población y los factores de la comunidad, debiéndose actualizar durante este periodo ante la aparición de contingencias que modifiquen el cuadro de salud.
2.11. Evaluación mensual del cumplimiento del plan de acción de los problemas de salud identificados en el Análisis de la Situación de Salud, junto con los factores de su comunidad.
2.12. Participa en el proceso docente de pregrado y posgrado, en las carreras y especialidades de las ciencias de la salud.
2.13. Desarrolla investigaciones científicas que respondan 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 de la institución.
2.14. El control de los recursos materiales.
2.15. El control y vigilancia del uso, prescripción y seguridad de los medicamentos.
2.16. La custodia y cuidado de las historias clínicas individuales, las que se archivan según lo que establece la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, así como las tarjetas de planificación de acciones de salud y la historia de salud familiar.
2.17. El registro de todas las acciones realizadas en las historias clínicas individuales y en las tarjetas de planificación de acciones de salud y de salud familiar.
2.18. La indicación de los procedimientos básicos, diagnósticos y terapéuticos más frecuentes, utilizándolos con racionalidad mediante la aplicación del método clínico, epidemiológico y social.

2.19. La remisión al estomatólogo general integral de su población, con énfasis en los grupos priorizados y el control de la atención de estos.

2.20. La remisión al Servicio de Rehabilitación (servicios preventivos de consejería, nutrición, cesación tabáquica, psicoprofilaxis para el parto y áreas terapéuticas), con énfasis en los grupos priorizados y el control de la atención de estos.

2.21. La utilización de la medicina natural y tradicional, con énfasis en el uso de técnicas de acupuntura por el médico y personal de enfermería.

2.22. Las actividades de terreno del Equipo Básico de Salud son:

- Solicitud de visita al hogar.
- Ingreso en el hogar.
- Gestantes, puérperas, recién nacidos, lactantes y enfermos crónicos.
- Pacientes postrados crónicos, con cuidados paliativos y al final de la vida.
- Visitas al hospital, hogares maternos, hogares de ancianos, cuando se considere necesario.
- Visitas a la familia, priorizando las no funcionales.

2.23. El Equipo Básico de Salud debe lograr la educación a la población con la finalidad de que las personas velen por su propia salud (autorresponsabilidad), con el apoyo de la familia y la comunidad.

2.24. Cuando el médico no esté laborando, la atención médica de la población será asumida por la reserva, el dúo o el trío que le corresponda.

2.25. En ausencia de la enfermera(o), el médico asumirá la realización de los procedimientos de enfermería.

2.26. El Equipo Básico de Salud 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 integrantes de su Grupo Básico de Trabajo.

2.27. El Equipo Básico de Salud debe lograr la condición de Colectivo Moral, como máxima expresión de la satisfacción de la población y la calidad de su desempeño.

3. Del policlínico

En cada policlínico, el equipo de dirección implementará las actividades siguientes:

3.1. Como prioridad, la cobertura médica y de enfermería de los consultorios (no puede haber consultorio sin médico o sin enfermera(o).

3.2. Que el Equipo Básico de Salud permanezca el mayor tiempo posible laborando en su comunidad, lo que garantiza la estabilidad del personal de salud y el funcionamiento del consultorio, por lo que se hace necesario no programar reuniones u otras actividades en horario laboral, exceptuándose solo de esta programación las sesiones docentes para los residentes y profesores (cuatro horas semanales, preferiblemente en el horario vespertino o los sábados) y la reunión del Grupo Básico de Trabajo (cuatro horas mensuales).

3.3. Que la reserva médica y de enfermería se utilice prioritariamente para ausencias prolongadas de algún miembro del Equipo Básico de Salud, una reserva por cada cinco consultorios en el área urbana y una reserva cada tres consultorios en áreas rurales y de difícil acceso, esta se subordina al subdirector que atiende la asistencia médica, de conjunto con el departamento de enfermería.

3.4. Los Equipos Básicos de Salud más preparados, serán ubicados en las comunidades más complejas.

3.5. La Subdirección de Asistencia Médica de conjunto con el Jefe del Departamento de Docencia o Metodólogo, garantizará la guardia médica, de forma tal que cumpla con su función docente-asistencial, al incorporar en esta a los residentes y estudiantes de pregrado junto con sus profesores según el plan de estudio vigente; se debe evitar la permanencia de más de tres estudiantes por médico de guardia. A los residentes de la especialidad se les planificará la guardia semanal, teniendo en cuenta que la frecuencia a cumplir debe ser no menos de cuatro días y no más de siete como intervalos entre cada guardia, planificándoles un fin de semana al mes.

3.6. A los especialistas en medicina familiar se les planificará la guardia médica según la disponibilidad de los recursos humanos.

3.7. Los servicios de urgencias laborarán por 24 h y estarán integrados por equipos de trabajo fijos, que se dedicarán solo a esta actividad. Los conformarán profesionales diplomados o másteres en urgencias y emergencias médicas, con turnos de trabajo fijos y una estancia de ocho horas. Los médicos de consultorios realizarán guardia junto a estos equipos, con la frecuencia que establezca el programa de formación para residentes o la disponibilidad de recursos humanos de especialistas. Este servicio constituye un escenario docente para la preparación y formación de los residentes y especialistas del área de salud.

3.8. Las enfermeras(os) de los consultorios, una vez al mes laborarán en el servicio de urgencias del policlínico o en servicios extendidos de urgencia, no más de ocho horas en horarios de alta demanda del servicio y fines de semana, con el objetivo de mantenerse actualizadas en la atención a la urgencia y la emergencia médica.

3.9. Los días de guardia médica, docencia, consultas deslizantes, terrenos médicos y afectaciones de los servicios, no deben coincidir para los integrantes de los dúos y los tríos.

3.10. Atención diferenciada a las zonas rurales que corresponden a las áreas de (difícil acceso, montañosas y turquino).

3.11. La permanencia de los médicos y las enfermeras(os) en zonas rurales.

3.12. Certificar los consultorios del médico y la enfermera(o) de la familia que reúnan los requisitos para el cumplimiento de las actividades docentes.

3.13. Comenzar la residencia de medicina familiar, los recién graduados desde el primer año de su incorporación laboral a los consultorios, incluyendo los de difícil acceso, áreas montañosas y plan turquino (áreas rurales).

3.14. Los jefes de Grupo Básico de Trabajo y supervisores de enfermería garantizarán los procesos de entrega de los consultorios cuando se produzcan movimientos temporales o definitivos de los integrantes del Equipo Básico de Salud.

3.15. La evaluación del *Programa* debe ser garantizada por los profesores del Grupo Básico de Trabajo, los directivos del policlínico y del municipio; estará dirigida fundamentalmente a valorar los resultados alcanzados por los cambios favorables en la salud de la población y se realizará mediante la evaluación del desarrollo del proceso docente asistencial e investigativo, el Análisis de la Situación de Salud de su comunidad, así como la satisfacción de usuarios y prestadores de los servicios de salud.

3.16. La información estadística se recogerá a partir de la hoja de actividades de medicina familiar y de la tarjeta de historia de salud familiar, garantizándose el procesamiento de los datos por el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del policlínico, el cual suministrará mensualmente en el formulario de actividades del médico de la familia, el consolidado de las acciones de cada Equipo Básico de Salud y retroalimentará a estos en las reuniones mensuales de su Grupo Básico de Trabajo.

3.17. La planificación de los recursos financieros, humanos y materiales para la ejecución del *Programa*, así como para el mantenimiento, reparación y reposición de la infraestructura, y la tecnología médica y no médica.
3.18. Asegurar que los profesores de las especialidades básicas cumplan con las solicitudes eventuales de consultas realizadas por los médicos de la familia, fuera de los días programados, mediante el control de sus planes de trabajo.
3.19. 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.
3.20. El policlínico prestará los servicios demandados por el Equipo Básico de Salud y coordinará, según regionalización, los servicios para el diagnóstico y tratamiento de alto grado de especialización, o los que no cuente en su institución.
3.21. Los servicios estomatológicos garantizarán la atención de todos los pacientes remitidos por el médico de familia y considerará sus criterios para la priorización en la rehabilitación protésica u otros servicios estomatológicos.
3.22. 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, e informarán debidamente a los médicos de familia de los pacientes con lesiones premalignas o malignas de la cavidad bucal, para su dispensarización.
3.23. El Jefe del Departamento de Rehabilitación debe participar en las reuniones del Grupo Básico de Trabajo y el análisis de la situación de salud del policlínico.
3.24. La adecuada capacitación y preparación de los médicos y enfermeras(os) en las diferentes modalidades de medicina natural y tradicional.
3.25. Certificar los consultorios del médico y enfermera(o) de la familia que reúnan los requisitos (personal capacitado y set de acupuntura), para la aplicación de la acupuntura como modalidad de la medicina natural tradicional.
3.26. Los Equipos Multidisciplinarios de Atención Gerontológica (EMAG) formados por un médico (especialista en geriatría o diplomado en gerontología), psicólogo, trabajadora social y enfermera(o), complementan la atención médica integral del médico y la enfermera(o) de la familia a los adultos mayores frágiles o en estado de necesidad.

3.27. Programar el mantenimiento preventivo, planificado y de reparación que permitan la preservación de la infraestructura, las tecnologías y los sistemas ingenieros de consultorios y policlínicos.
3.28. 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.
3.29. Un programa sistemático para la recuperación y mantenimiento del mobiliario clínico y no clínico de las instituciones.
3.30. La participación en el Consejo Popular por la Salud, llevando los principales problemas de salud de su comunidad, identificados en el análisis de la situación de salud, para la evaluación y solución integral de estos.

4. Del hospital

En el hospital, se desarrollarán las actividades siguientes:

4.1. Estimular y facilitar las condiciones necesarias para la participación de los médicos y las enfermeras(os) de la familia en la atención integral a los pacientes hospitalizados.
4.2. Facilitar la realización de pruebas diagnósticas especializadas, que el médico de la familia considere necesarias, cumpliendo el protocolo hospitalario vigente para cada estudio.
4.3. Implementar la contrarreferencia al egreso hospitalario y de las consultas ambulatorias en el formulario *Transferencia de pacientes*.
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. Participar en la reunión de integración en el municipio, para evaluar el cumplimiento del trabajo del hospital con sus policlínicos.
4.6. Participar, de conjunto con las áreas de salud que tributan al hospital, en el Análisis de la Situación de Salud y sus respuestas.
4.7. Atender la formación y preparación durante el proceso docente de residentes de la Especialidad de Medicina Familiar.

VI. Actividades

1. De la promoción

Para alcanzar los objetivos:

- Promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en la participación activa e intersectorialidad de la comunidad de forma organizada.
- Desarrollar acciones que permitan alcanzar cambios positivos de las personas, la familia y la comunidad.
- Facilitar un marco común para la articulación entre actores sociales en el fomento del bienestar de la población desde un enfoque de los determinantes sociales de la salud.

1.1. Realizar actividades de promoción 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 social y comunitaria

1.2. Promover la incorporación de toda la población a las actividades físicas sistemáticas, estimulando el uso de las instalaciones de cultura física y deportiva de la comunidad, los servicios de rehabilitación integral y escenarios para desarrollar las tradiciones culturales.

1.3. Desarrollar 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 (ambiental, personal y de los alimentos) saludables relacionados con:

- Lavado frecuente de las manos con agua y jabón, utilizar solución clorada o hidroalcohólica.
- Uso del nasobuco.
- Limpieza y desinfección de superficies con solución clorada.
- Tenencia responsable de animales.
- Contaminación sonora.

- Prevención de lesiones no intencionales.
- La higiene bucal y la atención estomatológica periódica.
- El aseo corporal.
- Alimentación adecuada, estimulando el consumo de frutas y vegetales, y el adecuado lavado y manipulación de los 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.
- No a la violencia y otras prácticas nocivas.

1.5. Realizar actividades educativas encaminadas a:

- Aumentar la natalidad.
- Lograr un embarazo normal, promoviendo la preparación psicofísica para el parto, lactancia materna y cuidados del recién nacido, con participación de la pareja.
- Fomentar la detección de enfermedades genéticas a través del pesquisaje a grupos de riesgo.
- Promover comportamientos saludables relacionados con la sexualidad humana, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, VIH/sida, embarazo en adolescencia u otros.
- Identificar, controlar o eliminar los factores de riesgo dañinos a la salud como: tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones, dislipidemias, obesidad, hipertensión arterial, sedentarismo, malos hábitos higiénicos y alimentarios, relaciones sexuales desprotegidas, exposición a radiaciones solares y la violencia.
- Lograr un envejecimiento saludable desde el punto de vista social, funcional y psicológico, con participación de la familia y los factores de la comunidad.
- 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 relacionado con la prevención del cáncer (cérvicouterino, de mamas, del pulmón, bucal, de la piel, del colon, de la próstata y otros), así como la identificación de sus signos de alarma.

- Identificar las vías de transmisión de enfermedades (respiratoria, digestiva, zoonóticas, piel y mucosas) y su prevención.
- 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, así como su prevención.
- Informar el plan de contingencia para el enfrentamiento de catástrofes, desastres naturales y para la defensa.
- Reconocer la importancia del chequeo preempleo, periódico y de reincorporación del trabajador, así como del chequeo al escolar.

1.6. Promover el uso de la medicina natural y tradicional, con la participación comunitaria y de los factores del barrio.

1.7. Lograr la creación de entornos saludables en la comunidad, incorporando los líderes formales y no formales.

1.8. Desarrollar la educación integral de la sexualidad con la participación de los jóvenes y las instituciones presentes en cada área.

1.9. Promover la salud bucal a través de:
- El autoexamen bucal una 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, los círculos infantiles y el hogar.
- Remitir a la consulta de puericultura en estomatología y a consejería de salud bucal.
- Trabajar de manera conjunta con el estomatólogo, combatiendo las adicciones, fomentando la lactancia materna, la alimentación saludable, la prevención y el control de hábitos deformantes, y la estimulación de la higiene bucal.

1.10. Promover la salud visual y auditiva:
- Conocer el desarrollo normal del lenguaje, la audición y la visión, así como los signos de alerta de la discapacidad auditiva y visual.
- Controlar que se cumpla con el pesquisaje visual y auditivo en la población infantil, así como el diagnóstico, rehabilitación y seguimiento de los casos.
- Hacer cumplir el seguimiento auditivo y visual de la población.

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.
- Realizar con calidad el diagnóstico precoz y la atención médica integral y dispensarizada.

2.1. Dispensarizar a su población.

2.2. Identificar factores de riesgo dañinos a la salud del individuo, la familia y comunidad con el propósito de realizar acciones individuales y familiares para evitar la aparición de enfermedades no trasmisibles y trasmisibles.

2.3. Realizar actividades educativas a toda la población sobre los riesgos de adquirir y trasmitir enfermedades infectocontagiosas y la importancia de los esquemas de vacunación a los viajeros con salidas al exterior.

2.4. Pesquisar a las personas con factores de riesgo a la salud como son: el tabaquismo, dislipidemias, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, uso nocivo del consumo de alcohol y otras adicciones, malos hábitos alimentarios, polifarmacia, leptospirosis, brucelosis, con el propósito de realizar acciones educativas individuales y familiares.

2.5. Identificar las barreras arquitectónicas en su comunidad y promover acciones junto con el Grupo Comunitario Integral para su eliminación.

2.6. Realizar la vigilancia nutricional a toda la población, así como en centros de trabajo y de estudios.

2,7. Realizar actividades de planificación familiar a toda mujer en edad de riesgo reproductivo.

2.8. Demandar la disponibilidad de métodos anticonceptivos necesarios, enfatizando en el uso del condón como método anticonceptivo y de prevención de las infecciones de trasmisión sexual.

2.9. Informar a la población sobre las prácticas de sexo seguro o sexo protegido.

2.10. Identificar en su comunidad los grupos clave de transmisión sexual, VIH/sida y hepatitis virales (hombres que tienen sexo con hombres, personas de ambos sexos que practican sexo transaccional, poblaciones trans, personas sexualmente activas que no utilizan condones sistemáticamente).
2.11. Fomentar la formación de promotores en salud, para realizar actividades de promoción y prevención en los grupos de riesgo de su población.
2.12. Identificar e indicar acciones específicas en aquellas mujeres o embarazadas con factores predisponentes, con el fin de disminuir el bajo peso al nacer.
2.13. Detectar tempranamente síntomas y signos de alarma de cáncer (cervicouterino, de las mamas, pulmón, próstata, bucales, de la piel, colon, u otra localización) con énfasis en la dispensarización.
2.14. Reportar de inmediato aquellas entidades o situaciones comprendidas en el sistema de información directa que puedan afectar la salud de las personas, las familias y la comunidad.
2.15. Prevenir las enfermedades genéticas a través del pesquisaje activo (alfafetoproteína, fenilcetonuria, cromatografía en líquido amniótico, electroforesis de HbS y ultrasonido).
2.16. Realizar pesquisaje activo de afecciones transmisibles, agudas y crónicas (tuberculosis, VIH/sida, con consejería antes y después, dengue, lepra, sífilis, blenorragia, hepatitis, parasitismo intestinal, paludismo, zoonosis, síndrome neurológico infeccioso y otras).
2.17. Mantener la pesquisa sistemática de sintomáticos respiratorios entre las personas de mayor vulnerabilidad a adquirir tuberculosis pulmonar y la pesquisa anual a la población de riesgo identificada para lepra, así como velar por el seguimiento adecuado de los casos de lepra diagnosticados y sus contactos.
2.18. Realizar pesquisaje activo de afecciones no trasmisibles como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, asma bronquial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, dislipidemias, obesidad, insuficiencia renal crónica, cáncer, entre otras.
2.19. Realizar examen médico a los niños que residen en su comunidad para la incorporación a círculos infantiles.
2.20. Detectar y realizar acciones para modificar los riesgos de accidentes del hogar, escuelas, círculos infantiles, centros de trabajo, lugares públicos y del tránsito, de conjunto con el Grupo Comunitario Integral de la comunidad.

2.21. Detectar y realizar acciones para modificar situaciones laborales, escolares y familiares, generadoras del estrés psicosocial, capaces de influir en la salud.
2.22. Detectar y realizar acciones para modificar conductas y situaciones que puedan propiciar intentos suicidas y suicidio.
2.23. Detectar y realizar acciones para modificar estilos de vida inadecuados que propicien la aparición de afecciones bucodentales, con énfasis en el cepillado, la utilización de fluoruros, así como el examen físico para la prevención o detección precoz del cáncer bucal a partir de los 15 años de edad.
2.24. Prevenir la aparición de daños a la salud provocados por el uso de medicamentos, identificando personas con factores de riesgo como son: poblaciones especiales, personas con enfermedades renales, hepáticas y cardiovasculares, pacientes con alergia, polifarmacia e inmunodeprimidos, con el objetivo de individualizar el tratamiento y garantizar un uso racional de los medicamentos.
2.25. Identificar riesgos y orientar acciones para el control de la rabia en conjunto con el Grupo de Trabajo Comunitario.
2.26. Detectar y realizar acciones para mejorar las capacidades remanentes de las personas con discapacidades transitorias o permanentes, utilizando las bondades del servicio de rehabilitación integral del área de salud.
2.27. Detectar tempranamente los signos de alarma de los trastornos visuales y auditivos.

3. De la atención médica

Para alcanzar los objetivos:

- Garantizar la calidad del diagnóstico precoz y la atención médica integral y dispensarizada.
- Realizar acciones integrales de salud en barrios vulnerables y en ambientes especiales, con énfasis en el escolar y el ocupacional.

3.1. Dispensarización de la población.
3.2. Registrar de forma planificada o espontánea, en el consultorio o el hogar, a toda la población residente en la comunidad y a las personas que estén de forma transitoria en ella por más de tres meses.
3.3. Aplicar los métodos clínico, epidemiológico y social en su actuación profesional, haciendo uso racional de los medios diagnósticos y los medicamentos (no prescribir recetas por complacencia).

3.4. Brindar atención priorizada a embarazadas, puérperas, recién nacidos, lactantes, niñas, niños, adolescentes y jóvenes hasta los 18 años de edad.
3.5. Brindar atención diferenciada a la población adulta mayor y personas en situación de discapacidad.
3.6. Brindar atención diferenciada a los donantes de sangre.
3.7. Brindar atención integral a las personas con VIH/sida a nivel del consultorio, velando que se cumplan los protocolos para la atención, seguimiento, tratamiento y adherencia establecidos.
3.8. Indicar estudios en población de riesgo para el diagnóstico temprano de enfermedades (microalbuminuria, PSA, SUMASOHF, citología orgánica, otros según demande cada paciente).
3.9. Solicitar interconsultas a otros especialistas para evaluar de conjunto a los pacientes tanto en el hogar como en el consultorio.
3.10. Ingresar en el hogar, brindar seguimiento y dar el alta a aquellos pacientes que lo requieran según criterio médico, cumpliendo lo establecido para estos casos.
3.11. Brindar asistencia de urgencia en el consultorio, en el hogar y en cualquier lugar, conduciendo al paciente por los servicios que necesite del sistema.
3.12. Participar en la atención hospitalaria de sus pacientes a través de visitas e intercambio con los médicos del hospital y recibir información para su seguimiento en el hogar a través del formulario *Transferencia de pacientes*.
3.13. Practicar la atención médica en centros escolares y laborales que se encuentren en su radio de acción, siempre y cuando estos no dispongan de profesional médico.
3.14. Realizar análisis y discusión de las defunciones de sus pacientes.
3.15. Velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el uso, vigilancia y prescripción de los medicamentos.
3.16. Ejecutar la remisión al estomatólogo de toda la población que lo requiera, controlando el alta de los grupos priorizados e incluyendo en la dispensarización los que se diagnostiquen con cáncer bucal u otra afección que se considere.
3.17. Realizar el examen bucal como parte del examen físico, remitiendo a todos los que considere y lo requieran al estomatólogo a él vinculado.
3.18. Brindar asistencia médica antes, durante y después de situaciones especiales y para la defensa.

3.19. Brindar seguimiento a los viajeros que arriben al país durante los primeros 21 días de su llegada, realizando los exámenes correspondientes según lo establecido en el programa de Control Sanitario Internacional e informarle al Equipo Básico de Salud la fecha de arribo y país de procedencia para su control y seguimiento
3.20. Notificar a los diferentes niveles y remitir al hospital designado, a todo viajero que presente cualquier sintomatología por leve que sea la misma, independientemente del tiempo de estancia en Cuba.
3.21. Asegurar el tratamiento y control de foco, estrictamente supervisado por personal de salud de los sometidos a tratamientos o quimioprofilaxis de enfermedades como tuberculosis y lepra.
3.22. Orientar acciones de rehabilitación en la comunidad (hogar, instalaciones de cultura física y deportiva).
3.23. Realizar la atención, seguimiento y control del paciente con mordedura de animal, indicar la observación del animal cuando sea posible y recibir información diaria de sus condiciones.

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 a través de:

- Registrar a todas las personas y familias pertenecientes a cada consultorio en la historia de salud familiar, por tres vías fundamentales:
  - Presentación espontánea de las personas.
  - Visitas programadas a las viviendas.
  - Actualización sistemática con el registro del Comité de Defensa de la Revolución.
- Evaluar, de forma periódica y personalizada, la salud de las personas y familias, basándose en:
  - La aplicación del método clínico.
  - Aplicación del método epidemiológico con la estratificación de los riesgos, daños y discapacidades según edad y sexo.
  - La clasificación según percepción del funcionamiento familiar.
  - La evaluación confirmará o modificará la clasificación de las personas en uno de los cuatro grupos dispensariales establecidos:
- Grupo I. Personas supuestamente sanas: aquellas que no tienen riesgo, daño a la salud, ni en situación de discapacidad, y que son capaces de enfrentar equilibradamente los problemas de la vida cotidiana con autonomía y responsabilidad según las etapas del crecimiento y desarrollo.

– Grupo II. Personas con riesgos: aquellas 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: aquellas con diagnóstico de enfermedad no transmisible o transmisible:
  • Trazadoras: hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, cáncer, asma bronquial, tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes *mellitus*, insuficiencia renal crónica, hepatopatías, dislipidemias y obesidad.
  • No trazadoras: el resto de las enfermedades.
– Grupo IV. Personas en situación de discapacidad según tipo sin ninguna otra patología asociada.

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 problema de salud familiar
– Familia con problema de salud familiar en la(s) esfera(s) de:
  • El resultado de la interrelación dinámica del funcionamiento familiar.
  • Condiciones básicas materiales para la vida.
  • Salud de los integrantes de la familia.

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 familia (personalizada) y serán determinadas teniendo en cuenta el pensamiento clínico, epidemiológico y social del médico y la enfermera(o) de cada consultorio, basado en el enfoque de riesgo (tabla 1).

Tabla 1. Evaluaciones según el grupo dispensarial

Grupo dispensarial	Evaluaciones
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, trazadoras: hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, cáncer, asma bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica hepatopatías, dislipidemias, obesidad y tabaquismo	3 veces al año (2 en consulta y 1 en terreno)
Grupo III. Personas enfermas, grupo III no trazadoras: el resto de las enfermedades	2 veces al año (1 en consulta y 1 en terreno)
Grupo IV. Personas en situaciones de discapacidad según tipo sin ninguna otra patología asociada	2 veces al año (en consulta o terreno)

Se realizará una visita integral a la familia una 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 (no trasmisibles trazadoras) será una vez al año.

Grupos priorizados

Gestantes. A partir de la frecuencia mínima, la periodicidad de las consultas estará determinada por la clasificación del riesgo y el estado de salud de cada paciente, debiéndose cumplir las medidas que se indiquen para el control del Programa Nacional de Atención Materno Infantil (tabla 2).

Tabla 2. Periodicidad de las consultas para las gestantes

Consultas	Edad gestacional
Consulta de captación	Antes de las 12 semanas
Evaluaciónintegral en el consultorio (si la gestante se evalúa como ARO se envía a consulta multidisciplinaria)	En los 15 días posteriores a la captación
Consulta	A las 18 semanas
Consulta	En la semana 22 (22 a 22,6)

Tabla 2. (cont.)

Consultas	Edad gestacional
Reevaluación	En la semana 24 (24 a 24,6)
Consulta	En la semana 30 (30 a 30,6)
Interconsulta	En la semana 32 (32 a 32,6)
Consulta	En la semana 34 (34 a 34,6)
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

La captación del embarazo deberá ser antes de las 12 semanas, identificando los factores de riesgo de las gestantes y del embarazo actual con la clasificación del riesgo obstétrico.

Consulta de evaluación del primer trimestre de la gestación: Consulta que se realiza en el consultorio por el obstetra o el especialista de Medicina Familiar certificado, junto a su médico de familia, a todas las gestantes independientemente de la edad gestacional, posterior a los 15 días de la captación, se evaluarán los resultados de los exámenes complementarios indicados en la consulta inicial, la valoración de los integrantes del Grupo Básico de Trabajo, donde se ratificará o modificará la clasificación del embarazo dado por el médico de familia en la captación.

Todas las gestantes en el primer trimestre serán valoradas por los especialistas de genética y nutrición.

Las gestantes clasificadas en la consulta de evaluación como de alto riesgo obstétrico (ARO) serán remitidas a la consulta multidisciplinaria en el policlínico, el resto continuará la atención prenatal en el consultorio médico.

Consulta multidisciplinaria: Es una consulta centralizada en el policlínico, para las gestantes de alto riesgo obstétrico definida en la consulta de evaluación, con reporte estadístico y realizada por un equipo multidisciplinario integrado por especialistas en ginecobstetricia, medicina interna, psicólogo, estomatólogo, enfermera(o), promotor de salud, máster en asesoramiento genético, trabajador social y nutricionista. De ser una gestante adolescente, estará presente, además, el especialista en pediatría.

En esta consulta se establecerá la estrategia de seguimiento de la gestante según la necesidad de atención.

Las actividades de terreno se realizarán por el Equipo Básico de Salud, las que deben garantizar una periodicidad mensual, como frecuencia mínima

de evaluación, incorporándose los profesores del Grupo Básico de Trabajo según necesidades.

En el caso de gestantes con VIH/sida, estas deben ser evaluadas, además, por el clínico designado para su atención. Aquellas gestantes que tengan carga viral superior a mil copias, deben recibir el tratamiento antirretroviral controlado en el hogar materno hasta que se revierta esta situación y el equipo de salud considere que existen condiciones para su egreso.

Seguimiento al puerperio. Frecuencia mínima de evaluación:

- Captación de la puérpera en las primeras 72 h de llagada al área.
- Una consulta semanal los primeros quince días posteriores al parto, de conjunto con el obstetra o especialista en medicina familiar certificado.
- Una visita en el primer mes de parida, que no debe coincidir con la captación y que puede ser realizada por el médico o la enfermera(o).

Seguimiento al niño: Captación del recién nacido en las primeras 72 h de llegada a su área por el médico de la familia (prueba de tamizaje neonatal a los cinco días de nacido).

Grupos de edad y periodicidad de la programación de los controles (tablas 3, 4, 5 y 6):

- Realizar terreno integral la primera semana de llegada al área por el Equipo Básico de Salud.
- La puericultura se realiza por el Equipo Básico de Salud (la enfermera(o) licenciada puede realizar puericultura a partir de los dos años).

Tabla 3. Grupo I. Niño supuestamente sano

Grupo de edad	Consultas	Terrenos
Recién nacido	1 control semanal	1 visita diaria los primeros siete días y después semanal
Lactante 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 semanal	1 visita diaria los primeros siete días y después semanal

Tabla 4. (cont.)

Grupo de edad	Consultas	Terrenos
Lactante 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

El lactante con antecedentes de prematuridad debe asistir a una consulta y un terreno semanal durante los primeros seis meses, y una consulta y un terreno dos veces al mes entre los seis y 12 meses.

En la evaluación correspondiente al mes y a los cuatro meses, a los hijos de mujeres con VIH positivo deberá realizárseles PCR de VIH.

En los niños de madres con antígeno de hepatitis B positivo (HBsAg) se les realiza evaluación a los siete meses, 18 meses, tres y cinco *años con muestras para HBsAg y anti-HBs.*

Tabla 5. Grupo III. Niños con enfermedades crónicas de la infancia

Grupo de edad	Consultas	Terrenos
Recién nacido	1 control semanal	1visita quincenal
Lactante 1 a 5 meses	1 control quincenal	1 visita mensual
Lactante 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

El seguimiento periódico debe estar en relación con la patología del paciente y de la decisión del equipo básico.

Tabla 6. Grupo IV. Niños en situación de discapacidad

Grupo de edad	Consultas	Terrenos
Recién nacido	1 control semanal	1 visita quincenal
Lactante 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

Tabla 6. (cont.)

Grupo de edad	Consultas	Terrenos
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

El terreno diario será a partir de la llegada al área, durante la primera semana.

Las frecuencias mínimas de interconsulta con pediatría o especialista en medicina familiar certificado:

- Evaluación: en los primeros 10 días del alta hospitalaria; en esta consulta se ratificará o modificará el grupo dispensarial por lo que fue clasificado el niño en la captación por su médico de la familia y se establecerá estrategias para la atención.
- Control al lactante sano al mes, 3, 6, 9 y 12 meses de vida.
- Reevaluación al transicional a los 18 meses de edad.
- Control al lactante de riesgo con frecuencia mensual hasta el alta del riesgo.
- Control al lactante patológico con frecuencia quincenal en los primeros tres meses de vida y después según criterio médico.
- Control al paciente transicional, prescolar, escolar y adolescente, patológicos dos veces al año.
- Todo niño debe ser examinado por el estomatólogo desde su nacimiento (antes de los tres meses) y recibir seguimiento anual de esta especialidad.
- Debe ser evaluado en:
  - Consulta de genética al primer mes de nacido hasta los tres meses.
  - Consulta de cardiopediatría a los tres meses.
  - Pesquisa de los trastornos del neurodesarrollo en las consultas de puericulturas desde el nacimiento.
  - Oftalmología a los seis meses.

Priorizar el grupo de niños bajo peso al nacer y ofrecerle en su primer mes de vida, la consulta multidisciplinaria, constituida por un Pediatra, un nutricionista, un psicólogo, trabajador social y un fisiatra. Realizarán su valoración integral y planificarán el seguimiento, de ser necesario la referencia a la especialidad requerida.

Los especialistas deben dejar reflejado los resultados de las consultas en la historia clínica individual.

Otros grupos especiales

Adulto mayor. Se realizará un control en consulta y un terreno anual dependiendo de las particularidades del paciente, que incluye exámenes periódicos de salud y evaluación funcional aplicando las escalas de funcionabilidad.

A las personas centenarias se realizará controles mensuales de conjunto con la trabajadora social del Grupo Básico de Trabajo.

Donante de sangre. Se realizará dos controles en consulta, para cumplir con el chequeo periódico al donante (cada 6 meses) y un terreno al año.

El Equipo Básico de Salud puede, además, utilizar el seguimiento periódico del paciente, que es la vigilancia de un aspecto concreto de la situación de salud del individuo (de la familia o de la comunidad), sin requerir de la realización completa de la evaluación de la situación de salud. El EBS también determinará la periodicidad de este seguimiento.

Ingreso en el hogar

Atención integral, integrada y continua que brinda el Equipo Básico de Salud a los enfermos en el 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. No necesita atención continua de 24 h.

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

- Niños mayores de un año que no tengan comorbilidades que requieran atención sistemática, clínicamente estables y que no comprometa la vida del paciente.
- Paciente, gestante y puérpera con situación o problema de salud que la atención en el hogar no comprometa la vida.
- No se ingresarán recién nacidos y lactantes.
- Voluntariedad del paciente y la familia de asumir los cuidados y cumplimiento de las indicaciones del enfermo durante el ingreso.
- Condiciones socioeconómicas en la familia favorable para garantizar los cuidados necesarios, así como, la compra de medicamentos, alimentos e insumos 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 farmacias comunitarias.

– 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 el primer nivel de atención, 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, contribuyendo al 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 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 debe ser visitado de manera diaria por el médico y la enfermera(o) del Equipo Básico de Salud, los cuales tendrán la responsabilidad de plasmar en la historia clínica individual la evolución, el cumplimiento de las indicaciones u otras observaciones propias de la atención.
– Se realizará interconsulta con los especialistas del Grupo Básico de Trabajo y los de proyección comunitaria, según lo requiera el paciente y lo decida el Equipo Básico de Salud; los detalles de esta consulta se reflejarán en la historia clínica.
– Promover el ingreso en el hogar como actividad docente, investigativa y administrativa, que impacta a la población y brinda valor agregado al sistema de salud.
– Fomentar la responsabilidad de la familia y la comunidad con el proceso salud enfermedad.
– Aprobar el equipo de atención al ingreso en el hogar, integrado por un médico y una enfermera(o), pertenecientes a las reservas de los policlínicos.

Se activará el equipo de reserva cuando:

- El número de pacientes ingresados en el hogar sobrepase la resolutividad del Equipo Básico de Salud para la evaluación y seguimiento de los pacientes.
- Las complejidades de la comunidad lo precisen.

En ambos casos será definida y evaluada la activación por el Jefe del Grupo Básico de Trabajo.

Funciones del médico del consultorio:

– Define el paciente tributario de ingreso en el hogar, teniendo en cuenta que se cumplan los requisitos.
– Notifica, en hoja de consulta, al enfermo ingresado en el hogar desde el primer día de atención y hasta su alta médica.
– Planifica las acciones de salud a cumplir diariamente por cada miembro del Equipo Básico de Salud.
– Realiza, como mínimo, visita diaria al enfermo; la que puede incrementar su frecuencia en dependencia del estado de salud del ingresado, dejando evidencias en la historia clínica individual.
– 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, incluyendo la realizada por 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.
– Refuerza las acciones educativas para mantener la salud del resto de la familia en caso de enfermedades trasmisibles, ejemplos: COVID-19, infección respiratoria aguda, y en otras fortalecer la importancia del autocuidado.
– Recibe los pacientes con criterios de alta precoz (egresados) proveniente de hospitales, servicios de hospitalización y de urgencia de los policlínicos.

Funciones de la enfermera(o) del consultorio:

– Realiza la visita diaria al ingresado en el hogar de manera independiente o de conjunto con el médico de la familia.
– Cumple las indicaciones médicas y brinda cuidados y vigilancia 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.
- Registra en hoja de actividades de medicina familiar, el seguimiento al paciente, en su accionar independiente.

Interconsultas

Relación que se establece entre dos o más profesionales para llegar a un diagnóstico. Las realizadas por especialidades básicas, se efectuarán en el consultorio o en el hogar del paciente, con la presencia de los miembros del Equipo Básico de Salud.

Los profesores interconsultantes cumplirán sus funciones básicas: asistenciales, docentes, investigativas y administrativas.

Las interconsultas de los profesores del Grupo Básico de Trabajo serán planificadas, se efectuarán como mínimo cada quince días teniendo en cuenta las necesidades individuales del Equipo Básico de Salud, lo cual será coordinado a través del jefe del Grupo Básico de Trabajo.

En todos los casos, el médico del consultorio presentará el caso al profesor interconsultante y participará en la consulta, aportando elementos para la toma de conducta con el caso.

Proyección comunitaria de las especialidades no básicas

El médico de la familia y el profesor del Grupo Básico de Trabajo, cuando lo consideren necesario, referirán los pacientes a interconsultas con especialidades no básicas, las que se encuentran organizadas a nivel del policlínico al que pertenece el grupo, u otro del municipio, según regionalización. Para ello, son responsabilidades del médico de la familia, las siguientes:

- Coordinará el turno desde el consultorio por vía telefónica o a través del mensajero. Se debe garantizar que no exceda los 30 días a la solicitud.
- Elaborará la remisión en el modelo de transferencia establecido, reflejando con precisión el motivo de la interconsulta y aportando los elementos necesarios, que incluye exámenes complementarios, si los hubiese, para la mejor toma de conducta por parte del especialista interconsultado.
- Dará seguimiento a los resultados de la interconsulta realizada, garantizando la continuidad en la atención al paciente.

Premisas para garantizar 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.
- Demostrar los valores éticos durante el proceso asistencial.
- Dispensarizar como un proceso de atención personalizado no como un registro, informando al paciente la importancia del control sistemático en consulta para mantener la calidad de vida.
- Trabajar en función de los problemas de salud identificados y no por programas.
- Atención médica con calidad.
- Centrar la atención del adulto mayor en los factores que limiten su calidad de vida (funcionamiento, validismo y 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 aprobados para el Equipo Básico de Trabajo

Los documentos son los siguientes:

- Hoja de actividades de medicina familiar para el médico y la enfermera(o).
- Historia clínica individual con formularios preestablecidos para puericultura y exámenes periódicos de salud.
- Tarjeta de historia de salud familiar.
- Tarjeta de planificación de acciones de salud.
- Mapa de la situación entomo-epidemiológica.
- Análisis de la situación integral de salud.
- Pancarta informativa, con la hoja de localización.
- Control de esterilización.
- Libreta de supervisiones.

El médico de la familia deberá emitir, según corresponda y siempre previa consulta a los pacientes implicados, los documentos que se relacionan a continuación.

Certificados médicos:

a) Certificado diagnóstico para pacientes asistenciados sociales con indicación de medicamentos exentos de pago. Se confecciona por única vez, solo rehacerlo si cambia el tratamiento o la condición del paciente. Confeccionado por el médico o la enfermera(o) licenciado, o especialista en su accionar independiente.
b) Certificados emitidos a pacientes postrados para módulo de aseo y para la entrega de materiales gastables, jeringuillas, soluciones, entre otros. Se rehace solo si cambia la necesidad del paciente de acuerdo a su patología. Confeccionado por el médico o la enfermera(o) licenciado, o especialista en su accionar independiente.
c) Certificados para cama *Fowler*, colchón antiescaras, sillas sanitarias, silla de rueda u otras ayudas técnicas. Confeccionado por el médico o la enfermera(o) licenciado, o especialista en su accionar independiente.
d) Certificado para pensionados o jubilados que no puedan escribir por una patología que le impida firmar la chequera de cobro confeccionado por el médico, la enfermera(o) licenciado o especialista en su accionar independiente
e) Certificado médico diagnóstico para mujer que va contraer nupcias si el divorcio se realizó antes de los tres meses.

Otros documentos:

a) Modelos para exámenes médicos periódicos y preempleo a trabajadores.
b) Revocar la emisión de certificados médicos de medicamentos con frecuencia anual, cuando no exista modificación del tratamiento y dosificación. Excepto para aquellos que se emitan para sustancias fiscalizadas.
c) Chequeo médico para licencia de conducción.

Resumen de historias clínicas:

a) Para ingreso al círculo infantil y enseñanzas especiales.
b) Para comisión de reclutamiento.
c) Certificado diagnóstico para salida al exterior a los países que lo exigen y para los contratos de trabajo en el exterior**.**
d) Para casas de abuelos, hogares de ancianos y centros médicos psicopedagógicos.

No podrá solicitarse a los Equipos Básicos de Salud ningún otro documento o información que no sean los contemplados en este *Programa*, excepto aquellos que excepcionalmente indique la dirección del MINSAP.

4. De la rehabilitación

Para alcanzar el objetivo:

- Desarrollar la rehabilitación con base comunitaria, dirigida a las personas con discapacidad y/o factores de riesgo.

4.1. Identificar los integrantes de la familia que presentan alguna discapacidad y factores de riesgo.

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, de niños con trastornos del neurodesarrollo, embarazadas, ancianos, y pacientes con y/o factores de riesgo y enfermedades crónicas no trasmisibles.

4.4. Promover la práctica sistemática de la actividad física en función de mejorar la calidad de vida, utilizando 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 ingresos 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 pacientes que necesiten rehabilitación protésica, participando en la priorización de aquellos que por su condición de salud lo requieran.

5. De lo higiénico-sanitario

Para alcanzar los objetivos:

- Promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en la intersectorialidad con participación activa de la comunidad organizada.
- Prevenir la aparición de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud de la población.
- Realizar acciones integrales de salud barrios vulnerables y 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 higiénico-sanitarias en centros escolares y laborales que se encuentran en su radio de acción, involucrando al Grupo de Trabajo Comunitario Integral.

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, las familias y la comunidad.

5.3. Identificar factores higiénico-sanitarios adversos que influyen de forma negativa en la salud de la comunidad, involucrando al Grupo de Trabajo Comunitario Integral.

5.4. Participar activamente en las acciones de control de foco, de todos los casos de enfermedades trasmisibles detectados en la comunidad, garantizando la confección de la encuesta epidemiológica.

5.5. Acometer la localización temprana, control y seguimiento correspondiente a los contactos de enfermedades transmisibles detectadas o sospechadas en la comunidad.

5.6. Realizar acciones de vigilancia epidemiológica a los viajeros internacionales, a su arribo al área de salud.

5.7. Realizar la atención, seguimiento y control del paciente lesionado por un animal, así como coordinar y verificar la observación del animal.

5.8. Vacunar a toda la población, u otra, considerada de riesgo de padecer enfermedad trasmisible prevenible por vacuna, de acuerdo al esquema oficial de inmunización vigente en el país.

5.9. Garantizar el proceso de asistencia continua a los pacientes seropositivos al VIH.

5.10. Apoyar el trabajo del operario de vigilancia y lucha antivectorial, en las acciones de control en su radio de acción.

5.11. Actualizar el mapa de la situación entomoepidemiológica con la periodicidad establecida.

6. De lo social

Para alcanzar los objetivos:

- Desarrollar acciones que permitan alcanzar cambios positivos en la integración social de las personas, 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 comunidad organizada, la intersectorial y la participación activa del Grupo de Trabajo Comunitario Integral.
- Realizar acciones de salud de forma priorizada en los barrios que necesitan su transformación.

6.1. Identificar los problemas sociales que afecten la salud de las personas, las familias y la comunidad, con prioridad en los barrios vulnerables, involucrando al Grupo de Trabajo Comunitario Integral.

6.2. Establecer relaciones con dirigentes de las organizaciones de masas y políticas, el delegado y la población, para participar en la identificación y solución de sus problemas de salud, así como la evaluación de los resultados del *Programa*.

6.3. Capacitar a las brigadistas sanitarios y responsables de salud de los Comités de Defensa de la Revolución (CDR), la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP) y 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 masas sobre los problemas de salud del territorio y los logros alcanzados.

6.5. Realizar el análisis de la situación de salud de la comunidad una vez al año y analizarlo con el Grupo de Trabajo Comunitario Integral y otros líderes, para lograr complementar acciones en función de la salud de la población.

6.6. 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.

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-humanista de la profesión médica,

la formación y el desarrollo de valores, junto con una sólida preparación científico-técnica.

7.1. El médico y la enfermera(o), al desempeñarse como profesores, deben ser ejemplo ante los estudiantes y residentes, mantener su superación científica, política, técnica e idiomática, 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, 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. La formación de los residentes estará a cargo de los especialistas del Grupo Básico de Trabajo.

7.5. Planificar tiempo para la atención del residente con un mínimo de cuatro horas semanales en actividades de consulta, terreno o guardia médica.

7.6. 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 la enfermera de la familia*.

7.7. Estimular al estudio independiente del médico y la enfermera(o) de la familia y proporcionar la información científico-técnica al personal profesional y técnico del policlínico por intermedio de:

- Servicios de biblioteca en modalidades de presencialidad y virtualidad.
- Los espacios de la Biblioteca Virtual de Salud Cuba para acceder a las fuentes de información necesarias (libros, revistas, boletines, entre otros) para la toma de decisiones en las actividades relacionadas con el médico y la enfermera(o) de la familia, la planificación y atención de salud, la investigación y la docencia.

8. De la investigación

Para alcanzar el objetivo:

- Planificar las actividades inherentes al sistema de ciencia e

innovación tecnológicas del Sistema Nacional de Salud, que incluya jornadas de residentes, fórum de ciencia y técnica, eventos de la Asociación Nacional de Innovadores y Racionalizadores (ANIR), Brigadas Técnicas Juveniles, así como actividades relacionadas con la divulgación de la actividad de la ciencia, tales como presentación de temas para el premio anual de la salud, talleres, simposios y seminarios científicos.

8.1. Planificar, organizar y ejecutar proyectos de investigación e innovación en correspondencia con los principales problemas de salud a nivel del consultorio, Consejo Popular y un territorio determinado, e introducir de inmediato los principales resultados a la práctica cotidiana.

8.2. Planificar y ejecutar actividades científicas para la socialización de los resultados científicos a nivel de consultorio, policlínico y otras instituciones de salud.

8.3. Organizar la divulgación de los resultados científicos mediante publicaciones territoriales y nacionales.

8.4. Desarrollar proyectos de investigación que respondan fundamentalmente a los problemas identificados en el análisis de la situación de salud y otras líneas de investigación aprobadas por el consejo científico del policlínico.

8.5. 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, y se utilicen para el desarrollo individual de maestrías y doctorados en los equipos básicos de salud.

VII. Del control

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

A. Premisas para el control

1. La evaluación está dirigida fundamentalmente a medir los resultados alcanzados, dado por los cambios favorables en la salud de la población y en el grado de satisfacción de esta, siendo los profesores de los grupos básicos de trabajo el elemento fundamental para el control.
2. Se realizan controles en todos los niveles de dirección, pero de manera integral y no verticalizados, basados en el *Programa del médico y la enfermera de la familia*. 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, las cuales norman el número de registros y controles que debe llevar el médico y la enfermera(o) de la familia.
3. El procesamiento de la información se realizará por el personal de estadística asignado, suministrándoles sistemáticamente información a jefe del Grupo Básico de Trabajo de los resultados, la que se consolidará mensualmente, sirviendo de base para el análisis de la marcha del *Programa* y su presentación en la reunión mensual de los grupos básicos trabajo. Los aspectos cualitativos se obtendrán mediante la utilización de instrumentos y herramientas de trabajo que evalúen los procesos en la actividad docente asistencial, investigativa y administrativa, en todos los escenarios (encuestas, observación, entre otros).
4. Mensualmente se analizará, en la reunión del Grupo Básico de Trabajo, los resultados que se van alcanzando en el desarrollo del trabajo, a través de la información suministrada por el especialista en estadísticas.

B. Elementos a tener en cuenta en el control

1. Modificaciones del estado de salud de la población:
   - Las modificaciones del cuadro de salud de la población se medirán a través del análisis de la situación integral de salud de su población.
   - En la visita periódica de los integrantes del Grupo Básico de Trabajo y los integrantes del Consejo de Dirección al terreno, se supervisará el estado higiénico-sanitario del territorio asignado al médico, comprobando los resultados de la educación sanitaria y los adecuados hábitos de vida de la población.
2. 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 puede enmarcarse dentro de rígidos mecanismos.
   - Los profesores deben saber percatarse del estado de opinión de la población a través de sus visitas sistemáticas a los consultorios y al terreno, aunque también pueden establecerse algunos mecanismos, como: sistemáticamente el psicólogo del Grupo Básico de Trabajo encuestará a una parte de la población y los profesores recogerán las opiniones que tienen los delegados de las circunscripciones del Poder Popular, presidentes de los Comité de Defensa de la Revolución, la secretaria del bloque de la Federación de Mujeres Cubanas y el representante de la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños, sobre el trabajo del Equipo Básico de Salud, para discutirse en la reunión.
   - Otro aspecto importante a tener en cuenta, son las opiniones que la población emitió directamente al Delegado o en las reuniones de Rendición de Cuentas; así como aquellas que de manera espontánea la población pueda transmitir en "Atención a la población", o a 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 integral de salud, donde la opinión de la población es fundamental.
   - Es importante señalar que aquellas 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 obtener conclusiones educativas que eviten la repetición de estas.
3. 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 cual evalúa y define la conducta a seguir con el paciente.
   - Este proceso debe ser evaluado y resulta un reflejo de los conocimientos y de los cambios cualitativos alcanzados por el Equipo Básicos de Salud y su resultado se discutirá mensualmente en la reunión del Grupo Básico de Trabajo.
   - Los errores cometidos por el médico de la familia en la exposición, el manejo incorrecto del paciente, 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 realizarse con mucha prudencia para no lesionar el prestigio del médico de la familia.
4. La utilización de los cuerpos de guardia de los hospitales y de los policlínicos por la población:
   - Este elemento es vital en el control del trabajo, 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, 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 cómo se produce 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 consulta, y la hoja de tratamiento y curaciones de este servicio, se recoja junto con la dirección del paciente, el nombre del policlínico que le corresponde y el dato del consultorio de ser posible; lo anterior permitirá realizar estudios puntuales (subdirector de asistencia médica, el jefe de departamento de enfermería, el jefe y supervisor de enfermería del Grupo Básico de Trabajo) en aquellos lugares que se evidencie una elevada afluencia de pacientes a los cuerpos de guardia, profundizándose en causas y horarios más frecuentes, y discutiéndose esta situación con estos.
5. Cumplimiento de las actividades docentes y asistenciales programadas:
   - El cumplimiento de las actividades del *Programa del médico y la enfermera de la familia* que el Equipo Básico de Salud realiza, constituye un elemento de importante valor en la evaluación.

- Mensualmente, los estadísticos del policlínico procesarán la información que reciben a partir de la hoja de actividades de medicina familiar, elaborando un grupo seleccionado de indicadores, los cuales enviarán a cada Equipo Básico de Salud, de forma tal que este pueda conocer el estado de salud de la población; estos indicadores deben ser discutidos en la reunión mensual del GBT.
- El jefe del Grupo Básico de Trabajo y el resto de los integrantes discutirán, además, en dicha reunión, el cumplimiento del resto de las actividades que realiza el Equipo Básico de Salud, como son: la guardia médica, la rotación de enfermería y el desarrollo de la docencia.
- Los aspectos relacionados con la guardia médica y la rotación de enfermería, se discutirán a partir de la propia información que poseen los profesores, al participar junto con los residentes en esta y por la información de la dirección del hospital, la cual está obligada a comunicar de inmediato al director del policlínico, cualquier ausencia o eventualidad negativa ocurrida durante la guardia.

6. Discusión de la calidad de la atención a los pacientes fallecidos e ingresados:
   - Se discutirá, en la reunión mensual del Grupo Básico de Trabajo, todos los fallecidos, revisando historia clínica individual, encuestas y resumen de la atención en el hospital si existiera.
   - 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 del fallecido, incluyendo el diagnóstico final al cual se llegó (de ser posible anátomopatológico).
   - También, a criterio de los profesores, pudieran ser discutidos algunos casos de ingresos hospitalarios y en el hogar, 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 y enfatizándose en las experiencias del ingreso en el hogar.
7. Evaluación de las historias clínicas: El profesor evaluará mensualmente no menos de cinco historias clínicas individuales y una de ingreso en el hogar por cada Equipo Básico de Salud, lo que le permitirá detectar los posibles errores de contenido y forma que se hayan cometido y asesorará para su corrección inmediata. Las tarjetas de salud familiar y la de planificación de acciones de salud del consultorio, se evaluarán en igual cantidad y frecuencia.

C. Control del Grupo Básico de Trabajo

1. Los profesores desempeñan el papel fundamental, teniendo una responsabilidad importante en la ejecución del control que se realiza al trabajo del Equipo Básico de Salud, siendo el máximo responsable de este el jefe del Grupo Básico de Trabajo, el cual planificará los controles a realizar entre todos los integrantes, los que serán realizados al menos cada 15 días a la totalidad de sus consultorios.
2. El jefe del Grupo Básico de Trabajo participa, junto con los profesores, en la ejecución de las interconsultas en el propio consultorio, debe evaluar al menos dos veces al mes la interconsulta de cada profesor, así como en las labores de terreno y en la guardia médica, garantizando la evaluación sistemática y real de la labor del Equipo Básico de Salud y de los profesores, realizando mensualmente la evaluación de cada uno de ellos.
3. La enseñanza del profesor no se separará de la práctica médica (docencia permanente en servicio), la cual debe manifestarse en cada una de las actividades que desarrolla junto al Equipo Básico de Salud, formando 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, realizando evaluaciones concurrentes y retrospectivas de las historias clínicas.
   - Visitas al terreno junto a los Equipos Básicos de Salud.
   - Participación en las guardias médicas de los servicios de urgencias.
   - La reunión del Grupo Básico de Trabajo y la reunión anual del análisis de situación integral 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 el fin de valorar integralmente el cumplimiento de las actividades.

Visitas periódicas al Equipo Básico de Salud: Los integrantes del Grupo Básico de Trabajo deberán visitar dos veces al mes a cada Equipo Básico de Salud bajo su responsabilidad. En estas visitas se efectuarán, entre otras, las actividades siguientes:

- Conocer los problemas y dificultades que se les presentan al Equipo Básicos de Salud en el desarrollo de su trabajo e incluso fuera de este. En cada caso, debe indicar sus decisiones o criterios, y cuando no le sea posible, tomará nota del asunto para darle respuesta lo más rápido posible.

- Evaluar integralmente la práctica médica y de enfermería, incluyendo técnicas, procedimientos y habilidades. Valorar el desarrollo de las actividades, así como el adecuado cumplimiento de la disciplina laboral y el comportamiento ético, observar el trabajo directo con los pacientes y las familias, la manera de conducir la entrevista, realización del examen físico, las explicaciones de las indicaciones pertinentes, la evolución y el pronóstico. Especial atención debe otorgársele al ejemplo personal del Equipo Básico de Salud hacia la población, su adecuada apariencia física y el cumplimiento sistemático de las reglas de higiene. El consultorio y la casa del médico y la enfermera(o) deben ser los locales más limpios y ordenados de la comunidad.
- Interconsultas de los pacientes, para lo cual el médico de la familia debe haber preparado adecuadamente la presentación del caso.
- Evaluar un grupo de historias clínicas, detectando los posibles errores de contenido y forma que se hayan podido cometer y asesorando al médico de familia para que los corrija de inmediato.
- Evaluar las anotaciones en la Tarjeta de Salud 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 producido, valorando el caso en el propio hogar del paciente si lo considera y orientando adecuadamente al médico de la familia en el manejo de este.
- Analizar con el médico de la familia, la organización del trabajo del mes, y el desarrollo y cumplimiento del anterior (una vez al mes).
- Escribir en la libreta de supervisión los resultados de la evaluación de los consultorios, las indicaciones y recomendaciones que se chequearán en la próxima visita.

Participación en las guardias médicas, en los servicios de urgencias: Los profesores del Grupo Básico de Trabajo deben participar junto con los médicos residentes en las guardias que estos realicen en los servicios de urgencias de los hospitales en sus rotaciones, lo que facilita el control del trabajo y el desarrollo de la docencia.

Al organizar la guardia debe tomarse en consideración este aspecto, de forma tal que, de ser factible, el profesor coincida con sus residentes de medicina familiar.

El supervisor de enfermería del Grupo Básico de Trabajo, junto con la jefa del Departamento de Enfermería del policlínico, planificará las rotaciones de

las enfermeras(os) de los consultorios en el servicio de urgencia del policlínico, así como participarán de conjunto para su evaluación.

Reunión del Grupo Básico de Trabajo y reunión de análisis de la situación integral de salud: Constituye un elemento de importante valor la reunión mensual del grupo de trabajo, donde participan todos los médicos y enfermeros de la familia, junto con los integrantes del Grupo Básico de Trabajo. La reunión será presidida por el jefe del grupo, pero asistirán permanentemente el director del policlínico, los subdirectores y la jefa del departamento de enfermería, discutiéndose con carácter obligatorio las cuestiones siguientes:

- La productividad y el cumplimiento de las actividades planificadas.
- Discusión de las conclusiones del estudio de todos los fallecidos y de algunos pacientes ingresados en el hogar y el hospital.
- Cumplimiento y calidad del programa docente, identificando los problemas de competencia y desempeño, así como sus posibles soluciones.
- Ofrecer temas de actualización para el buen funcionamiento de los consultorios.
- Calidad de las interconsultas y la utilización de los cuerpos de guardia del policlínico y del hospital por la población (evaluando horarios de mayor afluencia, entre otros).
- Problemas higiénico-epidemiológicos que presente el territorio.
- Opinión de la población.
- Problemas de funcionamiento de los servicios del policlínico y los hospitales que están afectando la resolutividad del trabajo de los equipos básicos de salud de la familia.
- Tener en cuenta el código de honor del médico y enfermera(o) de la familia cuando sea necesario realizar los análisis.

Estos encuentros deben ser preparados previamente por el jefe del Grupo Básico de Trabajo de conjunto con los profesores, previéndose siempre abordar los temas según los principales problemas de salud que presente el área objeto de atención.

Los aspectos que deben tenerse en cuenta para el orden del día son los siguientes:

- Cumplimiento de los indicadores según dispensarización.
- Análisis del cumplimiento del Programa Nacional de Atención Materno-Infantil.
- Análisis de la situación entomoepidemiológica.
- Análisis de la atención al adulto mayor.

– Actividad docente: Pueden desarrollarse temas de actualización; discusión de fallecidos (incluye adultos con enfermedades no trasmisibles); presentación de casos; clínica radiológica.
– Resultados de visitas realizadas a los consultorios.
– Estimulación a los equipos básicos de salud con mejores resultados en el mes.

En cada aspecto deben definirse acciones concretas que permitan modificar los problemas que se presenten.

Los indicadores por cada Equipo Básico de Salud, que debe tener en cuenta el jefe del Grupo Básico de Trabajo para preparar la reunión, son los siguientes:

– Indicadores generales:
  • Número de consultas según la dispensarización.
  • Número de terrenos.
  • Número de ingresos en el hogar.
  • Número de atenciones a familias.
  • Número de consultas por los especialistas básicos y no básicos.
  • Utilización de los cuerpos de guardia del policlínico y los hospitales por su población.
– Sobre el Programa Nacional de Atención Materno Infantil:
  • Embarazadas no captadas precozmente.
  • Embarazadas menores de 20 años y de 35 años o más.
  • Embarazadas no evaluadas o reevaluadas por obstetra u otros especialistas según programa.
  • Situación de embarazadas de riesgo, fundamentalmente de riesgo relevante.
  • Estado nutricional de la embarazada.
  • Embarazadas con alta estomatológica y otros grupos priorizados que se considere.
  • Embarazadas y recién nacidos que no se les realiza las pruebas genéticas establecidas.
  • Embarazadas y parejas sin realizarse la serología de sífilis y el VIH según trimestre del embarazo.
  • Número de fetales intermedias y tardías, y análisis de sus causas.
  • Puérperas no captadas antes de las 72 h de parida.
  • Recién nacidos no captados antes de las 72 h de nacido.
  • Niños con bajo peso al nacer.

- Recién nacidos con lactancia materna exclusiva (hasta 6 meses).
- Atenciones a niños con enfermedades crónicas.
- Universo de mujeres por realizar citología orgánica (caso nuevo o reexamen).
- Dispensarización de la pareja infértil. Atención en consultas municipal, provincial y de alta tecnología. Seguimiento hasta el logro del producto de la concepción.

– Sobre las enfermedades trasmisibles y no trasmisibles:
  - Número de estudios realizados para diagnóstico temprano de enfermedades: microalbuminuria, PSA, SUMASOHF y citología orgánica.
  - Número de personas que faltan por inmunizar.
  - Número de casos diagnosticados de enfermedades transmisibles prevenibles y no prevenibles por vacuna y control de foco.
  - Captación de SR+ 21.
  - Accidentes ocurridos en el hogar.
  - Análisis de la mortalidad prematura por enfermedades no trasmisibles: arterias y arteriolas, enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica, diabetes *mellitus*, EPOC, asma bronquial y cáncer.
– Sobre la atención al adulto mayor y personas con discapacidad:
  - Número de exámenes periódicos de salud.
  - Número de atenciones a ancianos solos.
  - Número de atenciones a personas con discapacidad.
– Situación higiénico epidemiológica:
  - Focalidad de *Aedes aegypti* (índice casa, índice de Breteau).
  - Pacientes sospechosos y confirmados de arbovirosis.
  - Situación medioambiental, existencia de microvertederos, salideros de agua potable, vertimientos albañales, solares yermos.
– Otras informaciones:
  - Análisis de las conclusiones del estudio de las defunciones ocurridas: fetales, niños menores de 1 año, preescolar, escolar, materna y adultos.
  - Análisis de la atención de algunos pacientes ingresados en el hospital y 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.
  - Elementos de la calidad de las consultas e interconsultas realizadas.
  - Número de evaluaciones concurrentes y retrospectivas, realizadas por los profesores del Grupo Básico de Trabajo y sus resultados.

- Análisis del grado de satisfacción de la población y de los miembros del Grupo Básico de Trabajo, a través de las opiniones recogidas.
- Anualmente se evaluará al Equipo Básico de Salud, a partir de la presentación previa a la comunidad del análisis de la situación integral de salud.
- Orientaciones y temas de actualización de enfermería.

Análisis de la situación de salud (ASS). La reunión del análisis de la situación de salud del policlínico se realizará con una frecuencia anual; en esta se analizarán los elementos fundamentales que caracterizan a la población, proponiéndose medidas concretas para su solución. La actualización se realiza según el cuadro de salud y situaciones de contingencias.

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 es un proceso que permite caracterizar e intervenir sobre la situación de salud de la población en la comunidad, en un contexto y momento dados, y se concibe como un tratamiento interdisciplinario y flexible en su aplicación. Para su realización se requiere de un análisis integral relacionado con los determinantes sociales de salud y sus inequidades en grupos de poblaciones, 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.

El modelo de análisis de situación de salud basado en el enfoque de determinantes sociales de la salud, toma en consideración las condiciones en que se produce y reproduce socialmente la salud de la población cubana. En este se apreciarán claramente los niveles y espacios de determinación social de la salud que este proceso tiene en el contexto cubano.

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:

– Descripción de la comunidad: Se describen las características geográficas, históricas, políticas y sociales del contexto o territorio.
– Resultados de salud: Se describen y analizan las variables de mortalidad, discapacidad, morbilidad y riesgo (daño en salud).

- Descripción y análisis de las condiciones directas de determinación (determinantes intermedios): Se describen y analizan las variables de determinación que inciden directamente en los resultados de salud y que se encuentran relacionadas con las condiciones materiales y sociales de vida, el comportamiento o estilos de vida, los servicios de salud y la biología humana.
- Descripción y análisis de las condiciones básicas o primordiales de determinación (determinantes estructurales): Se describen y analizan las variables de determinación básicas o primordiales que se encuentran relacionadas con la estructura demográfica, social, económica que delimitan diferencialmente a partir de las desigualdades sociales las condiciones directas de determinación de la salud.
- Manejo participativo de los determinantes de la salud: Se describen y analizan las premisas de la determinación social de la salud, voluntad política o prioridad que se le otorga a salud en el territorio, participación intersectorial y participación comunitaria; aspectos que devienen en expresión de la gobernanza local para la salud a través de las funciones esenciales de la salud pública.
- Análisis del comportamiento diferencial en salud: Se debe analizar, de manera estratificada, la contribución diferencial según el Grupo Básico de Trabajo y consultorios, de los principales problemas de salud del área. También se puede organizar y clasificar a los grupos de población y unidades geográficas de acuerdo con jerarquías de necesidades y prioridades en salud.
- Elaboración del plan de acción: Recoge las acciones que se adoptarán para el mantenimiento y promoción de la salud, potencializando las variables de protección y de mitigación de las variables de riesgo.

A partir de este modelo y considerando la necesidad de renovar y adoptar una estructura común para la confección de los informes de análisis de la situación de salud, se propone un orden que cumple con los aspectos metodológicos de carácter obligatorio para cualquier informe de investigación, que es el siguiente.

- Portada.
- Índice.
- Introducción (3 cuartillas como máximo).
- Diseño metodológico (3 cuartillas como máximo).
- Limitaciones del estudio.

– Componentes del desarrollo del informe:
  1) Descripción de la comunidad.
  2) Descripción y análisis del daño en salud.
  3) Descripción y análisis de las condiciones directas de determinación (determinantes intermedios).
  4) Descripción y análisis de las condiciones básicas o primordiales de determinación (determinantes estructurales).
  5) Descripción y análisis del manejo participativo de la salud.
  6) Descripción y análisis del comportamiento diferencial.
  7) Elaboración del plan de acción.
– Conclusiones y recomendaciones.
– Bibliografía.
– Anexos.

Actividades docentes programadas: Las actividades docentes contempladas en el programa de la residencia de la especialidad de Medicina General Integral constituyen actividades importantes en la evaluación de la labor.

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

D. Control por el policlínico

Es de vital importancia para el desarrollo adecuado del *Programa*, el control que realice la dirección del policlínico, para ello el director tiene que apoyarse en todos los integrantes del Consejo de Dirección, lo que le permitirá controlar adecuadamente el trabajo, exigir a cada uno de sus miembros la profundización en los aspectos específicos de su cargo, pero sin olvidar nunca que el control debe desarrollarse de 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, con el propósito de supervisar y ayudar al desenvolvimiento del trabajo.

A continuación se detalla la forma en que se controlará cada uno de los elementos que se tienen en cuenta en la evaluación; sin embargo, es necesario hacer hincapié en la *reunión semestral del director del policlínico con todos los médicos y los enfermeros de la familia*, actividad que por su naturaleza va

dirigida a evaluar todos los elementos considerados; esta debe convertirse en un intercambio sobre las experiencias y los señalamientos críticos, y en la que el director debe llevar a discusión todos aquellos aspectos problemáticos que como resultado del control considera deben ser analizados con el colectivo, tales como: incumplimiento de actividades, opiniones de la población, desarrollo de las interconsultas, dificultades con la calidad de las historias clínicas individuales o familiares, haciendo el énfasis de acuerdo a los problemas que se considere deben ser objeto de un análisis más profundo.

Deben participar en esta reunión, además de todos los miembros del Consejo de Dirección del policlínico, los directores de los hospitales base y de la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, o los dirigentes de dichas instituciones que sean designados para asistir, así como un representante de la facultad de ciencias médicas correspondiente e invitar a los grupos comunitarios integrales del área.

Otra actividad importante en el control de la dirección es su participación en las reuniones mensuales del Grupo Básico de Trabajo. A continuación, se exponen los elementos del control que se analizarán por la dirección del policlínico en estos encuentros:

I. Modificaciones del estado de salud de la población. El control del policlínico sobre estos resultados se realizará de la forma siguiente:
    1. A partir de la información y participación de sus dirigentes en las reuniones de análisis de la situación integral de salud de su población, que se realiza anualmente.
    2. Mediante el análisis del cuadro higiénico-epidemiológico en los consejos de dirección del policlínico, el que tomará como fuente la información del subdirector de higiene y epidemiología, así como 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.
II. La opinión de la población sobre el servicio recibido. El control se realizará a través de:
    1. La información y participación de los dirigentes del policlínico en las reuniones de análisis de la situación integral de salud de su población, que se realizan anualmente, y en las reuniones del Grupo Básico de Trabajo.
    2. Las encuestas sistemáticas que los psicólogos y otros profesionales, o trabajadores capacitados (como atención a la población) del

policlínico, realizan a la población previa la celebración de la reunión de análisis de la situación integral de salud.

3. La recogida de opinión a coordinadores de zona de los Comités de Defensa de la Revolución, representante de la Federación de Mujeres Cubanas, representante de la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños y los delegados de las circunscripciones del Poder Popular (esta opinión se obtiene a través del sistema de vigilancia en la atención primaria de salud, o sitios centinelas).
4. Quejas directas realizadas por la población.
5. Opiniones recogidas en las asambleas de rendición de cuenta del delegado del Poder Popular.

III. 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 sobre el trabajo de los interconsultantes planteen los médicos de la familia, con el fin de discutirlas con dichos especialistas y con la dirección del hospital; si es una interconsulta de especialidad no básica se analizará en la reunión de integración.

IV. La utilización de los servicios de urgencias. A través de estos mecanismos planteados en el control del Grupo Básico de Trabajo, la dirección del policlínico contará con información mensual sobre la cantidad de casos que están siendo atendidos en los cuerpos de guardia de los hospitales base y del policlínico, evaluando sus tendencias, horarios (8:00 a.m. a 4:00 p.m. y de 5:00 p.m. a 8:00 a.m.), causas, poblaciones de mayor afluencia y otros elementos que puedan servirle de mecanismo de retroalimentación; los resultados se discutirán en la reunión mensual del Grupo Básico de Trabajo y en el Consejo de Dirección; estos deben abordarse de manera crítica, no haciendo alusión únicamente al aspecto numérico, sino también al motivo de consulta, así como, la respuesta del Sistema Integrado de Urgencia y Emergencia Médica ante una emergencia, rapidez y resolutividad en general.

V. Cumplimiento de las actividades docentes y asistenciales: mensualmente, el director del policlínico discutirá en su Consejo de Dirección y en la

reunión del 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 incumplimientos; se 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; se supervisará la calidad de la interconsulta, la utilización de los medios de enseñanza y el funcionamiento de la biblioteca.

VI. Discusión de la atención a los fallecidos y los hospitalizados, incluyendo el ingreso en el hogar. Se realiza a través de las propias discusiones que se produzcan en el Grupo Básico de Trabajo. Evaluación del ingreso en hogar. El Equipo Básico de Salud no se evaluará por el número de ingresos en el hogar que realiza, sino por la calidad científico-técnica de la atención y la satisfacción de los enfermos y familiares.

VII. El jefe de Grupo Básico de Trabajo y los directivos del policlínico evaluarán de forma retrospectiva, o concurrente, la calidad del ingreso en el hogar, mediante criterios de estructura, proceso y resultados. Criterios de estructura: condiciones higiénicas y económicas 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, así como la disponibilidad de otros recursos. Criterios de proceso: descripción, en la Historia Clínica, de los elementos del método clínico en la primera evolución al ingreso del enfermo (interrogatorio, antecedentes fundamentales del enfermo, situación de salud detallada por lo cual fue ingresado, examen físico detallado por sistemas, impresión diagnóstica, indicaciones de complementarios, medidas generales, tratamiento medicamentoso y pronóstico). En la evaluación diaria hacer énfasis en la evolución del enfermo, detallando la evolución de los síntomas y signos positivos en la primera consulta, examen físico resaltando el sistema afectado, comentarios acerca de los complementarios realizados, así como el cumplimiento de las indicaciones y pronóstico evolutivo. Criterios de resultados: evolución favorable del enfermo, satisfacción de estos y sus familias con la atención recibida.

VIII. Evaluación de las historias clínicas individuales y de las tarjetas de salud familiar. Se realizarán mediante las visitas a los consultorios, teniendo en cuenta la calidad de estas, que sean confeccionadas según los acápites establecidos, con letra legible.

IX. Control por los niveles superiores a la actividad del médico y la enfermera(o) de la familia: el control por los niveles superiores (municipal, provincial y nivel central) al Equipo Básico de Salud, debe de ser integral y no verticalizado, y 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 posee en relación con la atención recibida. A la Dirección Municipal de Salud le corresponde un papel importante en el control, por estar directamente vinculada a las unidades y ser dependencias administrativas del policlínico, participando activamente en las actividades de control que este realiza. El control debe orientarse hacia la calidad de la atención médica y 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, debe realizarse en el policlínico, en el hospital y en la comunidad (en las familias, así 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 tienen:

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 masas.
f) Los hospitales.
g) Los documentos (análisis de la situación integral de salud, tarjeta de salud familiar, historia clínica individual, hoja de actividades de medicina familiar y la tarjeta de planificación de acciones de salud). Las técnicas a utilizar pueden estar dadas por la observación directa, entrevistas, encuestas, revisión de documentos y la participación en la comunidad.

Consultorios en centros educacionales y laborales. A partir de su aprobación por el MINSAP, los consultorios en centros educacionales y laborales se organizarán siguiendo los mismos conceptos del *Programa del médico y la enfermera de la familia,* teniendo en cuenta los elementos siguientes:

– En estos consultorios laborará un Equipo Básico de Salud, conformado por un médico especialista en Medicina Familiar y una enfermera(o) licenciada(o) o especialista.

- El Equipo Básico de Salud formará parte de un Grupo Básico de Trabajo, por lo que recibirá las visitas periódicas de los profesores, en estos casos, con frecuencia mínima de una vez al mes.
- El Equipo Básico de Salud participará en la reunión del Grupo Básico de Trabajo.
- Para la dispensarización, trabajará con las historias clínicas individuales organizadas según grupos y colectivos.
- El Equipo Básico de Salud hará énfasis en los riesgos del ambiente laboral, o educacional, para sus modificaciones.

Anexos

Modelo de tarjeta de salud familiar

Modelo 54 - 50 Ministerio de Salud Pública Historia Clínica	**HISTORIA DE SALUD FAMILIAR**	ENTORNO No.	FAMILIA No.
DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA (calle, entre calles, número y apartamento)		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA DE SALUD CIRC. / CDR / CONSULTORIO	

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL	NOMBRE Y APELLIDOS	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	NIVEL EDUCACIONAL	PROFESIÓN U OFICIO	GRUPO DISPENSARIAL	FACTORES DE RIESGOS

FECHA			ÍNDICE DE HACINAMIENTO			CONDICIONES ESTRUCTURALES DE LA VIVIENDA			SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS			TIPO DE FAMILIA		OBSERVACIONES
DÍA	MES	AÑO	B	M	R	B	M	R	B	M	R	CON PROBLEMAS DE SALUD	SIN PROBLEMAS DE SALUD	

Modelo 54 - 50
Ministerio de Salud Pública
Historia Clínica

PROGRAMACIÓN DE CONSULTA INTEGRAL A LA FAMILIA

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE

FECHA DE DIAGNÓSTICO			PROBLEMA DE SALUD IDENTIFICADO	MEDIDAS	FECHA DE CUMPLIMIENTO		
D	M	A			D	M	A

Modelo consulta de puericultura

Modelo 69 - 32 Ministerio de Salud Pública Pediatría	**CONSULTA PUERICULTURA**

ENTREVISTA					
Edad (meses y años cumplidos):	Fecha	Día:	Mes:	Año:	
Alimentación:					
Vacunación:					

EXAMEN FÍSICO	DESCRIBIR LO PATOLÓGICO
Estado general: _____	
Cabeza: Cráneo: _____ Cara: _____ Cuello: _____	
Piel Aspectos: ○ Normal ○ Anormal Humedad: ○ Normal ○ Anormal Coloración: ○ Normal ○ Anormal	
Faneras: ○ Normal ○ Anormal	
Mucosas: ○ Húmedas ○ Secas ○ Normocoloreadas ○ Hipocoloreadas	
TSC: ○ Infiltrado ○ No infiltrado **Panículo adiposo:** ○ Normal ○ Aumentado ○ Disminuido	
SISTEMA RESPIRATORIO	
Orofaringe: ○ Normal ○ Enrojecida ○ Exudados ○ Otras	
Pulmones: Inspección: ○ Normal ○ Tiraje ○ Aleteo nasal ○ Frecuencia respiratoria:	
Respiración: ○ Normal ○ VV aumentada ○ VV disminuida **Perfusión:** ○ Normal ○ Hipersonoridad ○ Matidez	
Auscultación: ○ Murmullo vesicular conteniido ○ Disminuido ○ Abolido ○ Ruidos mantenidos	
Estertores: ○ Presentes ○ Ausentes	
Nariz: ○ Normal ○ Anormal **Otoscopia:** _____	
SISTEMA CARDIOVASCULAR	
Inspección: ○ Latido de la punta visible ○ Palpable	
Auscultación: Ruidos cardiacos: ○ Rítmicos ○ Arrítmicos ○ No soplos ○ Soplos ○ Frecuencia cardiaca: _____	
Pulsos: ○ Femorales normales ○ Débiles ○ Fuertes **Pulsos periféricos:** ○ Normales ○ Débiles ○ Fuertes	
Llene capilar: ○ Normal ○ Lento Tensión arterial: _____	
SISTEMA DIGESTIVO	
Boca: ○ Normal ○ Anormal ○ T/D ○ Encías ○ Lengua **Paladar:** ○ Normal ○ Anormal	
Abdomen: ○ Globuloso ○ Plano ○ Escabado ○ Blando ○ Depresible **Ombligo normal:** ○ Si ○ No	
Tumoraciones: ○ Si ○ No ○ Visceromegalia **Ano normal:** ○ Si ○ No Ruidos hidroaéreos _____	
SISTEMA GENITOURINARIO	
Riñones: ○ Palpables ○ No palpables Tumor: ○ Si ○ No	
Genitales externos: ○ Normales ○ Anormales **Testículos descendidos:** ○ Si ○ No	
Senequia de labios menores: ○ Si ○ No	

EXAMEN FÍSICO	DESCRIBIR LO PATOLÓGICO
SISTEMA HEMOLINFOPOYÉTICO Bazo: ○ Palpable ○ No palpable Adenopatias: ○ Presentes ○ Ausentes ○ Cervicales ○ Axilares ○ Retroauriculares ○ Inguinales Otras ubicaciones: ○ Si ○ No	
SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR **Articulaciones:** ○ Dolorosas ○ Inflamadas ○ Calientes **Musculatura:** ○ Deformidades podálicas ○ Deformidades extremidades: ○ Si ○ No **Columna vertebral:** ○ Normal ○ Anormal	
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL **Vigilia:** ○ Activa **Sensorio:** ○ Libre **Tono muscular :** ○ Normal ○ Disminuido ○ Aumentado **Fontanela anterior :** ○ Abierta ○ Cerrada Dimensión: ..... ○ Normotensa ○ Hipotensa ○ Hipertensa **Fontanela posterior :** ○ Abierta ○ Cerrada **Reflejos, presentes y normales:** ○ Succión ○ Búsqueda **Extensión:** ○ Cruzada ○ Natatorio ○ Incurvación del tronco ○ Marcha ○ Magnus ○ Moro ○ Prensión palmo-plantar ○ Cardinal ○ Respuesta Babinski **Reflejos osteotendinosos:** ○ Sensibilidad ○ Superficial ○ Profunda **Pares craneales:**	

	I	II	III	IV	V	VI
I						
D						
I	VII	VIII	IX	X	XI	XII
D						

Evaluación del crecimiento y desarrollo: Peso:..... Talla:..... CC:.....

.....

.....

.....

Complementarios y/o interconsultas realizadas: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnóstico biopsicosocial: .....

.....

Guías anticipatorias, consejos e indicaciones .....

.....

.....

Interconsulta con el Pediatra del GBT: **Firma y registro profesional:**

Próxima consulta por MGI:

Guía de evaluación del consultorio

No.	Criterio de evaluación	Acciones de evaluación
1	No existen consultorios cerrados	– Visitar consultorios en diferentes horarios del día para verificar la presencia del Equipo Básico de Salud u hoja de localización – Solicitar la información a miembros del consejo de dirección, población y factores de la comunidad, comprobando que no existen consultorios del médico de la familia cerrados
2	Existe un sistema de evaluación y control de los directivos de la provincia, municipio y policlínico al Grupo Básico de Trabajo y al Consultorio del Médico de la Familia	– Comprobar existencia del sistema de evaluación, mostrar por escrito, comprobar programación de visitas en el plan de trabajo de los directivos del policlínico, del municipio y de la provincia – Entrevistar a médicos y enfermeras de la familia, para conocer cómo se realizan estas visitas – Verificar la existencia de registro (libreta) de evaluaciones del Consultorio del Médico de la Familia – Comprobar acciones realizadas en el Consultorio del Médico de la Familia (revisión de historias clínicas, tarjetas de salud familiar, planificación de acciones de salud, evaluaciones concurrentes y retrospectivas, y otras)
3	Se realizan visitas a cada Consultorio del Médico de la Familia	– Verificar la frecuencia de las visitas programadas a través del plan de trabajo de los directivos y comprobar en el registro las visitas al Consultorio del Médico de la Familia – El jefe de Grupo Básico de Trabajo y sus profesores deben visitar quincenalmente a totalidad de sus consultorios, incluyendo todos los del Plan Turquino, de forma planificada entre todos los miembros del Grupo Básico de Trabajo

No.	Criterio de evaluación	Acciones de evaluación
4	Se realiza análisis, al menos una vez al mes, de los resultados de la evaluación al Grupo Básico de Trabajo y Consultorios del Médico de la Familia	– Verificar la realización del análisis de estas visitas en los consejos de dirección, reuniones de Grupo Básico de Trabajo, reuniones docentes, técnicas, y otras
5	Estado constructivo del Consultorio del Médico y Enfermera de la familia	– Observar si existen filtraciones, rajaduras de las paredes y techos, seguridad de puertas y ventanas, malas condiciones de la red hidrosanitaria, entre otros
6	Condiciones del Consultorio del Médico de la Familia para garantizar la calidad de la atención médica	– Observar si cuenta con las condiciones mínimas requeridas para garantizar la calidad de la atención médica (disponibilidad de agua, privacidad, iluminación, ventilación)
7	Higiene del Consultorio del Médico de la Familia y su entorno	– Observar si está conservada la higiene de los locales, baño, piso, techos, jardines (incluyendo el medicinal) y patio, verificar si tienen auxiliar de limpieza
8	Existencia de la pancarta informativa	– Si existe la pancarta informativa a la entrada del consultorio, con toda la información necesaria para la población: • Nombre y apellidos del médico y la enfermera (o) • Número del consultorio • Población a atender (direcciones y No. de los CDR) • Horarios de consultas y terrenos, incluyendo el día del deslizante • Guardia médica • Día de docencia • Observaciones • Otra información necesaria a la población

No.	Criterio de evaluación	Acciones de evaluación
9	Porte y aspecto personal del Equipo Básico de Salud	– Observar si está limpio, ropa adecuada y uso correcto de la bata sanitaria y el uniforme completo de enfermería
10	Asistencia y disciplina	– Se encuentran todos los miembros que conforman el Equipo Básico de Salud o su localización según la planificación del día – Se encuentra el horario establecido para el funcionamiento del consultorio en la pancarta informativa – Cumple con el horario deslizante una vez a la semana de 3:00 p.m. a 7:00 p.m. – En caso de estar ausente el médico o la enfermera, explorar si: • Conoce el resto del equipo y el jefe del Grupo Básico de Trabajo la causa de la ausencia • Conocen cuál es el consultorio que debe acudir la población (dúo o trío)
11	Existencia de mural educativo	– Si existe mural educativo relacionado con los principales problemas de salud de su comunidad, del país y el mundo y otros de interés para la población. No recargando con información innecesaria los Consultorios del Médico de la Familia
12	Ubicación de la enfermera	– Si la enfermera permanece en su buró en la sala de espera o en un lugar accesible a ella, que le permita recibir a los pacientes, establecer prioridades de atención, brindar charlas educativas, medir signos vitales, pesar, tallar y sacar las historias clínicas (individuales y tarjeteros de salud familiar y de planificación de actividades) y otras actividades administrativas

No.	Criterio de evaluación	Acciones de evaluación
13	Existencia de mobiliario clínico	– Si existe disponibilidad de: • Camilla multipropósito • Escabel • Vitrina • Negatoscopio • Pesa de adulto con tallímetro • Pesa de bebé • Infantómetro • Lámpara de cuello
14	Existencia de mobiliario no clínico	– Que como mínimo cuente con: • 2 buroes (uno para el médico y uno para la enfermera) • 4 sillas • 2 bancos de espera para pacientes • Archivo para historias clínicas u otra modalidad para archivarlas • Depósitos para desechos peligrosos
15	Existencia de insumos	– Que cómo mínimo cuente con: • 2 sábanas • Toallas • Jabón • Detergente • Cinta métrica • Calendario obstétrico

No.	Criterio de evaluación	Acciones de evaluación
16	Existencia de Instrumental	– Que cuente con: • Esfigmomanómetro • Estetoscopio • Esteto de pinard • Agujas y jeringuillas • Espéculos • Kid para citología • Histerómetro • Guantes estériles • Pinzas • Cubetas • Riñoneras • Set de suturas • Termómetros • Material gastable
17	Existencia de medicamentos	– Si existe el módulo de medicamentos según las necesidades de la población (cantidades, conservación, lotes y fecha de vencimiento) – Comprobar cómo se realiza el pedido y si llega a través del mensajero al consultorio

No.	Criterio de evaluación	Acciones de evaluación
18	Delimitación de las áreas de procederes de enfermería	– Si se encuentran delimitada, limpia y organizada según niveles de riesgos, con un orden lógico, de lo limpio a lo sucio desde la vitrina, mesa auxiliar con el material estéril, posición de la camilla y el cesto con tapa para los desechos – Si tiene privacidad para realizar un proceder (uso de parabán en los locales donde sea necesario) – Uso de la camilla en los procederes que los requieran – En el área del fregadero, tener delimitada el área limpia y el área sucia
19	Existencia del modelaje necesario y su adecuada utilización: si tienen modelaje disponible para trabajar y si su uso y llenado es correcto. Si no se solicitan otros documentos que no están contemplados en el Programa	– Hoja de actividades de medicina familiar (hoja de cargo) – Historia clínica individual – Tarjeta de Historia de salud familiar – Tarjetas. Planificaciones de acciones de salud – Certificados médicos de enfermedad, defunción y medicamentos – Tarjeta de declaración obligatoria de enfermedades – Recetas médicas y métodos – Modelo de complementarios – Dietas médicas – Tarjetas de prueba citológica – Tarjetas de vacunación – Historia clínica de atención pre- y postnatal del consultorio – Historia clínica de atención prenatal de la embarazada
20	Tarjeta de planificación de acciones de salud	– Si tienen planificadas las consultas y terrenos de todos los individuos – Si se cumple con la planificación – Si se rescatan los pacientes planificados inasistentes a consulta

No.	Criterio de evaluación	Acciones de evaluación
21	Confección de la hoja de actividades de medicina familiar (hoja de cargo) y su entrega a estadísticas	Revisar si se consigna: – Número de la historia clínica – Nombre y apellidos del paciente – Edad – Problema de salud o los problemas de salud que fueron evaluados – Si es visto por primera vez o es seguimiento – Si es un caso presuntivo o confirmado – Si la consulta se realizó en el consultorio o en el terreno – Conducta que debe incluir si se indicó o aplicó la Medicina Tradicional y Natural – Si está escrita con letra legible – Si se entrega al departamento de estadísticas la hoja de consulta de los consultorios urbanos la recogerán diariamente y los de difícil acceso a las 72 h – Si se utiliza el mensajero – Si la mayoría de los pacientes registrados son planificados
22	Tarjeta de salud familiar	Revisar si: – Tienen planificadas las consultas y terrenos a la familia – Las tiene accesibles para consultarlas cuando atienda a un individuo, paciente o familia – Las tiene organizadas por planificación de acciones – Tiene registrada a toda su población – Tienen completa toda la información solicitada – Tienen actualizada la evolución de las familias, según el tipo de familia – Tienen intervenciones realizadas de acuerdo al tipo de familia y a los problemas identificados – Si se rescatan las familias inasistentes a consulta

No.	Criterio de evaluación	Acciones de evaluación
23	Calidad de historia clínica Individual	Revisión retrospectiva, al azar, de más de cinco historias clínicas individuales que incluya a todos los grupos etáreos y dispensariales Evaluar si tiene: – Letra legible – Llenado de la carátula y otros acápites generales en cada hoja del paciente – Motivo de consulta – Historia de la enfermedad actual y se recogen las causas que motivaron la consulta en caso de ser espontánea y por lo que está dispensarizado el paciente – El examen físico está completo, incluyendo las mensuraciones y haciendo énfasis en la causa que motivó la consulta y por lo que está dispensarizado el paciente – El planteamiento diagnóstico, que incluye la causa que motivó la consulta y por lo que está dispensarizado el paciente – El tratamiento y si éste se corresponde con el motivo de consulta y por lo que está dispensarizado el paciente – Indicaciones preventivas, de medicina tradicional y rehabilitación – Programada la próxima consulta o proceder y registrado además en la tarjeta de planificación de acciones de salud – Seguimiento a la solución o modificación del problema o motivo de consulta

No.	Criterio de evaluación	Acciones de evaluación
24	Aplicación del método clínico y epidemiológico en medicina familiar	Evaluar concurrentemente: – Si explora durante el interrogatorio aquellos aspectos por los que está dispensarizado el paciente o la familia, además del motivo de consulta cuando es una consulta espontánea o eventual – Tiene en cuenta el enfoque de salud familiar durante el interrogatorio, si investiga sobre algún aspecto relacionado con la salud de otro miembro de la familia, sobre la situación de salud familiar en general o sobre la acción o comportamiento de la familia o de uno de sus miembros sobre la salud del paciente que se atiende – Si tiene en cuenta el tratamiento preventivo o curativo que se impuso anteriormente, en cada evaluación que realiza – Si realiza durante el examen físico, la exploración dependiente del motivo de consulta, si esta fue eventual o espontánea o por los cuales está dispensarizado – Si realiza el examen físico del paciente en la camilla de reconocimiento del consultorio y en el lugar del hogar con las mejores condiciones para este proceder – Si se lavan las manos antes y después de atender al paciente – Si escribe en la historia clínica individual y hace planteamiento diagnóstico, si incluye el diagnóstico por el cual se encuentra dispensarizado el paciente y el diagnóstico sobre el problema que motivó la consulta, de ser esta espontánea – Indicación de complementarios y sus resultados, así como su análisis – Si realiza las indicaciones médicas adecuadas, si incluye el diagnóstico por el cual encuentra dispensarizado el paciente y las indicaciones sobre el problema que motivó la consulta, de ser esta espontánea – Si al concluir el proceso de atención, expedirá y explicará al paciente, el método en el cual deben aparecer las indicaciones integrales que se emiten – Si realiza indicaciones actividades de promoción de salud, prevención dirigida a erradicar, modificar o controlar riesgos, conductas, comportamientos, daños, enfermedades u otros problemas de salud en el individuo y la familia – Si realiza indicaciones para la rehabilitación – Si realiza la programación de la próxima evaluación o acción de salud que le corresponda

No.	Criterio de evaluación	Acciones de evaluación
25	Dispensarización	– Si tiene registrada a toda su población en la tarjeta de salud familiar – Si está clasificada según grupo dispensarial, en la tarjeta salud familiar e historia clínica individual – Cumple con lo que se establece la dispensarización, relacionado con la frecuencia mínima de evaluación y si se corresponde con las necesidades del paciente y la familia
26	PAMI	– Cumplimiento del Programa de Atención Materno Infantil y control a los procesos de atención al Programa (con énfasis en el riesgo preconcepcional, gestantes, recién nacidos, lactantes y puérperas)
27	Archivo de las historias clínicas individuales	– Si tiene archivada la totalidad de las historias clínicas individuales – Archiva las historias clínicas como está orientado por estadísticas: número de consultorio, número de circunscripción, número de CDR, número de la vivienda, número de apartamento en caso de que exista y el consecutivo de los integrantes de la familia de mayor a menor

No.	Criterio de evaluación	Acciones de evaluación
28	Cumplimiento de las normas de esterilización	– Si tiene autoclave y el proceso de esterilización se realiza en el Consultorio del Médico de la Familia • Si en el área donde se realiza el proceso el flujograma es adecuado • Si se cumplen las normas de preesterilización: clasificar, descontaminar, fregar, enjuagar, secado y empaquetar • Si se cumplen las normas de esterilización: acomodar la carga y tiempo según tipo de material y el uso de indicadores biológicos • Si se cumplen las normas de postesterilización: almacenado y conservación del material en vitrinas con el tiempo de duración normada – Si el proceso está centralizado en el policlínico: • Verificar que se cumplan las normas para transportación de material estéril, con el uso de doble bolsas y cumplir con las fechas para tiempo establecido de material estéril, según las condiciones del local y la conservación del material
29	Análisis de la Situación de Salud	– Comprobar la existencia del ASS – Está confeccionado en el tiempo establecido (1er trimestre del año). Cuenta con el documento – Se realiza análisis científico de los determinantes de salud – Comprobar que los problemas de salud se correspondan con la situación real del área de salud, incluyendo las necesidades sentidas de la población – Se comprueba que existen modificaciones en el estado de salud de la población de forma comparativa con el ASS del año anterior – Tiene calidad el plan de acción (da respuesta a los problemas identificados) – Se da seguimiento al cumplimiento de las acciones propuestas – Comprobar que participen en la identificación y solución de los problemas, todas las instituciones del sector salud del área, los sectores que están involucrados en la solución de los problemas y la participación de la comunidad

No.	Criterio de evaluación	Acciones de evaluación
30	Dúos y tríos	– Si le coincide con su dúo o trío, la guardia médica, los deslizantes, las rotaciones hospitalarias en caso de ser residente de forma planificada y práctica
31	Trabajo de higiene y epidemiología del Equipo Básico de Salud	– Control y seguimiento a los programas de TB, Lepra, VIH/sida – Si existe el manzanero (mapa entomoepidemiológico), con la estratificación mapificada de los focos, los febriles y casos confirmados, índice de infestación, manzanas repetitivas, así como los riesgos que tenga esa manzana. La clasificación en bajo, mediano y alto riesgo de las manzanas, que permita realizar un análisis integral de la situación higiénica epidemiológica para la toma de decisiones – Si están establecidas las acciones para la eliminación de los riesgos
32	Interconsultas	– Si cuenta con la programación de interconsultas de los especialistas del grupo básico de trabajo y de especialidades que acuden al policlínico y que no tienen lista de espera – Si las interconsultas de las especialidades básicas se realizan en el consultorio con la participación del EBS – Si las interconsultas no básicas, tienen una remisión adecuada del paciente y si se realizan a casos que se encuentran fuera de la competencia del médico de familia y sus profesores del GBT. Evaluar en hoja de consulta del especialista no básico el diagnóstico del paciente remitido y comprobar en el CMF a través de la HC individual
33	Accesibilidad de la población a los servicios	– Si conocen el horario y funcionamiento de los servicios del policlínico – Si utiliza las tres vías para remitir a un paciente a los servicios del policlínico (mensajero, teléfono y por el propio paciente y si esta última es la menos utilizada) – Si tiene conocimiento de dónde se realizan las pruebas diagnósticas, interconsultas y otros procederes que no se realizan en su policlínico y cuál es la vía para que su población pueda acceder

No.	Criterio de evaluación	Acciones de evaluación
34	Libreta de supervisión	– Si los directivos y profesores registran las deficiencias, sugerencias, indicaciones en la libreta de supervisión y si dan seguimiento a los problemas identificados en la visita anterior
35	Docencia	– Si tiene estudiantes, explorar si el consultorio está acreditado para la docencia y definir el tutor
36	Vivienda del consultorio	– Explorar si el médico que trabaja en el consultorio, vive en la vivienda del consultorio, en caso de no vivir las causas y cómo va encaminada su solución
37	Nivel de actividad	– Revisar el número de casos vistos al día
38	Mensajero	– Si cuentan con mensajero y si cumple con todas las funciones que tiene a su cargo. (turnos, envío de la hoja de cargo de forma oportuna, pedido de medicamentos, modelaje, traslado del material de esterilización entre otros)
39	Satisfacción de la población	– Realizar al menos cinco encuestas a la población dirigidas fundamentalmente a conocer la opinión relacionada con el funcionamiento del consultorio y el trato del equipo básico de salud. Y el horario de apertura y cierre del consultorio y la permanencia del médico y la enfermera(o)
40	Satisfacción del Equipo Básico de Salud	– Explorar la satisfacción del Equipo Básico de Salud con la atención que brinda, con las condiciones de trabajo y con la atención que recibe de parte de los directivos del Policlínico

Análisis de la situación de salud (ASS)

El análisis de la situación de salud (ASS) es un proceso que permite caracterizar e intervenir sobre la situación de salud de la población en la comunidad en un contexto y momento dado, y tiene como propósito básico un tratamiento interdisciplinario y flexible en su aplicación. Para su realización se requiere de un análisis integral relacionado con las determinantes sociales de la salud y sus inequidades en grupos de poblaciones, 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.

Es una práctica necesaria en la Atención Primaria de Salud, que persigue identificar las características socio psicológicas, 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.

La necesidad de continuar trabajando en el perfeccionamiento de los procedimientos, sigue siendo un reto para la salud pública, en el contexto actual como parte del perfeccionamiento del *Programa del médico y la enfermera de la familia* se propone modificar y simplificar el documento para que continúe siendo una herramienta de trabajo del Equipo Básico de Salud.

La reunión para la confección del análisis de la situación de salud y su plan de acción, a todos los niveles se celebrará con una periodicidad anual, en la que se analizarán los elementos fundamentales que caracterizan el cuadro de salud del consultorio, consejo popular, área de salud, municipio y provincia, con participación de la sociedad civil y otros líderes comunitarios, proponiéndose a cada instancia medidas concretas para la solución de los problemas identificados

Pasos para la realización del análisis de la situación de salud:

- Obtención de la información. La recogida de la información debe realizarse a través de un enfoque multidisciplinario e intersectorial y deberá servir no solo para la descripción de los daños y riesgos, sino también para facilitar la determinación causal de estos.
- Identificación de los problemas. Después de realizada la recogida y procesamiento de la información, se procederá a identificar los problemas de salud, a través del análisis lógico de la situación de salud y utilizando las técnicas disponibles, donde se observe y analice el comportamiento

habitual de los factores de riesgo, enfermedades y daños existentes en la comunidad y se seleccionen los principales problemas que les afecta, como pudieran ser los de mayor gravedad, mayor incidencia o mayor connotación en la población.

- Establecimiento de prioridades. Este paso define cuáles de los problemas higiénico-epidemiológicos identificados ameritan priorizarse, basados en su magnitud y trascendencia en la población, por su frecuencia, gravedad y tendencia del problema; la vulnerabilidad o posibilidad de incidir sobre estos y la factibilidad de la intervención, características de la solución y disponibilidad de recursos. Son varios los métodos disponibles para facilitar este paso, entre ellos podemos citar: Hanlon, Ranqueo, entre otros.
- Análisis causal y búsqueda de alternativas. Una vez identificadas las prioridades de la situación de salud se determinarán los factores que condicionan o causan los problemas, incluyendo los aspectos educativos. Para ello es posible utilizar técnicas como la matriz DAFO, el marco lógico y otras.
- Plan de acción. El plan de acción se establece con un número de actividades que respondan al cumplimiento de tareas específicas y den respuesta a los problemas prioritarios identificados en el diagnóstico de la situación de salud.
- Evaluación. La evaluación del cumplimiento de las tareas y actividades del plan de acción a cada nivel (provincia, municipio, área de salud, GBT y consultorio), deberá ser realizada siempre de forma participativa, para mantener el sentido de autorresponsabilidad y pertenencia.

Estructura. Componentes del desarrollo del informe:

- Portada (una cuartilla).
- Introducción (una cuartilla máxima para el consultorio del médico de la familia y el consejo popular, y tres cuartillas para el policlínico).
  - Componente 1: Características de la comunidad. Descripción de las características geográficas, históricas, políticas y sociales del territorio.
- Desarrollo:
  - Componente 2: Daño en salud. Descripción y análisis a través de tablas y gráficos, de las variables de mortalidad, discapacidad, morbilidad y riesgo a la salud, incluida la información de la dispensarización.
  - Componente 3: Determinación social. Descripción y análisis de las premisas, condiciones y factores de determinación intermedia y estructu-

ral de la salud (circunstancias materiales de vida, comportamiento o estilos de vida, acceso y utilización a los servicios de salud y biología humana) y sus estratificadores sociales (demográficos, culturales, sociales y económicos) incluido el uso de la herramienta DeterminaMe y otras encuestas para caracterizar las premisas de la DSS.

    - Componente 4: Diferenciales en salud. Descripción y análisis de los diferenciales presentes en la comunidad en materia de eventos de salud, territorios, grupos poblacionales y en el tiempo, incluido el uso de la herramienta DeterminaMe.

- Listar los problemas identificados, con participación comunitaria.
- Planificación de actividades educativas grupales. Se refiere a las relacionadas con el cuadro de salud, la estrategia de promoción y el plan de comunicación de cada territorio.
- Listar los principales problemas según método utilizado.
- Elaboración del plan de acción:
    - Componente 5: En este paso se desarrollarán acciones para el mantenimiento y promoción de la salud que permitan modificar las premisas, condiciones y factores que determinan socialmente la salud y favorecen la presencia de diferenciales en salud (este enfoque permite comprender y visibilizar las dinámicas de discriminación y exclusión social en la ciudad o municipio, para establecer acciones para la transformación desde la equidad y el desarrollo humano). Cada actividad contará con participantes, fecha de cumplimiento y responsable.

      Especificar que las medidas para la solución de los problemas de salud no pueden ser funcionales, *deben ser acciones medibles*. Ejemplo: Incorporar el 1 % de la población dispensarizada como sedentaria, a la práctica de ejercicios físicos.
- Evaluación: Mensualmente se evaluará la marcha del plan de acción. Al final de cada año se tendrá en cuenta las modificaciones obtenidas en la situación de salud al establecer la comparación con los diagnósticos anteriores. Es importante la evaluación de proceso, resultado e impacto, según plazos acordados, así como el seguimiento frecuente de las dificultades, logros, experiencias positivas u otros aspectos importantes a observar contantemente como cambios en los patrones de enfermedad, los factores de riesgos, etcétera.

El Sistema Nacional de Salud se encuentra inmerso en profundas transformaciones encaminadas a mejorar el estado de salud de la población, con servicios eficientes, sostenibles y de mayor calidad; el perfeccionamiento del Programa del médico y la enfermera de la familia, modelo de la atención primaria de salud, responde a este propósito.

Dirigido fundamentalmente a los médicos y enfermeras(os) de la familia, el Programa refleja las actividades del consultorio, el policlínico y el hospital, con la premisa del médico de familia como "guardián de la salud", y el fortalecimiento del Equipo Básico de Salud en su función de brazo ejecutor, para satisfacer las necesidades de la población y modificar de forma positiva los indicadoresde salud.

Esta edición del *Programa del médico y la enfermera de la familia* se ha realizado en un contexto diferente, teniendo en cuenta los cambios en la sociedad, que incluyen el cuadro de salud de la población y la necesidad de la intersectorialidad y la participación social, con autorresponsabilidad individual, familiar y comunitaria, para la solución de los problemas de salud del individuo, de la población, de la comunidad y del ambiente.

ISBN 978-959-316-072-8

ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

www.ecimed.sld.cu