



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA  
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

DISPENSARIZACIÓN SEGÚN CRITERIOS DE RIESGOS CLASIFICACIÓN  
E IMPORTANCIA APLICADA EN LA SALUD COMUNITARIA

JARA ZEA JOSE ALEJANDRO  
MÉDICO

MACHALA  
2019



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA  
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

DISPENSARIZACIÓN SEGÚN CRITERIOS DE RIESGOS  
CLASIFICACIÓN E IMPORTANCIA APLICADA EN LA SALUD  
COMUNITARIA

JARA ZEA JOSE ALEJANDRO  
MÉDICO

MACHALA  
2019



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA  
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

DISPENSARIZACIÓN SEGÚN CRITERIOS DE RIESGOS CLASIFICACIÓN E  
IMPORTANCIA APLICADA EN LA SALUD COMUNITARIA

JARA ZEA JOSE ALEJANDRO  
MÉDICO

SANTILLAN SAMANIEGO MARIA DEL CARMEN

MACHALA, 06 DE FEBRERO DE 2019

MACHALA  
06 de febrero de 2019

**Nota de aceptación:**

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado DISPENSARIZACIÓN SEGÚN CRITERIOS DE RIESGOS CLASIFICACIÓN E IMPORTANCIA APLICADA EN LA SALUD COMUNITARIA, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.

*Maria del Carmen*

---

SANTILLAN SAMANIEGO MARIA DEL CARMEN  
0902882521  
TUTOR - ESPECIALISTA 1

*Jorge A. García Maldonado*

Dr. Jorge A. García Maldonado  
Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Reg. Prof. MSP Libro 01, Folio 124, No. 123  
Reg. INSPIMACH 07-0J-0612-13

---

GARCIA MALDONADO JORGE ARMANDO  
0905102448  
ESPECIALISTA 2

*Guillermo Victoriano*

---

AGUILAR GUILLERMO VICTORIANO  
0701485138  
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: viernes 08 de febrero de 2019 - 13:27

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** TESIS DE ALEJANDRO JARA ZEA.docx (D47136119)  
**Submitted:** 1/23/2019 5:34:00 AM  
**Submitted By:** alejandrozea240388@gmail.com  
**Significance:** 1 %

Sources included in the report:

<https://www.centrocultural.coop/file/486/download?token=LW40Bpgy>

Instances where selected sources appear:

1

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, JARA ZEA JOSE ALEJANDRO, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado DISPENSARIZACIÓN SEGÚN CRITERIOS DE RIESGOS CLASIFICACIÓN E IMPORTANCIA APLICADA EN LA SALUD COMUNITARIA, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 06 de febrero de 2019

JARA ZEA JOSE ALEJANDRO  
0704982826

## **AGRADECIMIENTO**

A la vida, por ser la mejor maestra y amiga aquella que me bendijo con una familia. La que me condujo por los caminos vertiginosos y me sacó de la profanación de la incertidumbre.

## RESUMEN:

**Introducción:** En el MAIS Modelo de Atención Integral en Salud, se da lugar a la Dispensarización como pilar fundamental ante la problemática que se presenta con la finalidad de mejorar el nivel de atención, así como también poner mayor énfasis según los criterios de riesgos que pone como un reto al médico familiar y su equipo, presente en diferentes familias en cada comunidad. **Objetivos:** Determinar la importancia de la aplicación de la Dispensarización como una herramienta de los criterios de riesgo, individual y familiar en el primer nivel de atención en salud. **Materiales y métodos:** Se realizó una compilación de artículos con evidencia científica de la base de datos de REDALYC, MANUAL MAIS, que incluyó artículos, revisiones sistemáticas, para la implementación de este artículo, en base a un estudio analítico descriptivo, haciendo uso de método cualitativo durante los últimos 5 años. **Conclusiones:** Mediante artículos revisados, así como también a través del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, la importancia que representa la utilidad de emplear dentro de la Atención Primaria en Salud, el uso de la ficha familiar, y el empleo de la Dispensarización como herramienta esencial para poder brindar una adecuada visita domiciliaria y poner énfasis en los diferentes grupos familiares y clasificarlos según los criterios de riesgos, presentes en la comunidad.

**Palabras Claves:** Dispensarización, Atención Primaria en Salud, médico familiar, ficha familiar, comunidad.



## **ABSTRACT:**

**Introduction:** In the MAIS Model of Comprehensive Health Care, Dispensarization is given as a fundamental pillar in the face of the problem that is presented in order to improve the level of care, as well as placing greater emphasis on the risk criteria that it places as a challenge to the family doctor and his team, present in different families in each community. **Objectives:** To determine the importance of the application of the Dispensarization as a tool of the risk criteria, individual and family in the first level of health care. **Materials and methods:** A compilation of articles with scientific evidence from the REDALYC database, MANUAL MAIS, which included articles, systematic reviews, was made for the implementation of this article, based on a descriptive analytical study, using the method qualitative during the last 5 years. **Conclusions:** Through revised articles, as well as through the MAIS Comprehensive Healthcare Model, the importance of the use of Primary Health Care, the use of the family file, and the use of Dispensarization as essential tool to provide an adequate home visit and emphasize the different family groups and classify them according to the risk criteria present in the community.

**Key Words:** Dispensarization, Primary Health Care, family doctor, family file, community.

## ÍNDICE

TAPA

CUBIERTA

PORTADA

NOTA DE ACEPTACIÓN

URKUND

CESIÓN DE DERECHO

AGRADECIMIENTO .....3

RESUMEN:.....4

ABSTRACT:.....5

1.INTRODUCCIÓN .....8

2.DESARROLLO DEL TEMA..... 10

2.1. Atención Primaria en Salud a Nivel Mundial y en Suramérica ..... 10

2.1.1Atención Primaria en Salud según Alma-Ata..... 11

2.1.2 Atención Primaria en Salud Renovada (APSr) ..... 11

2.1.3 Características de la Atención Primaria de la Salud ..... 12

2.1.4 Bioética en la Atención Primaria de la Salud ..... 12

2.2. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MSP-Ecuador: Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención como puerta de entrada obligatoria al sistema. .... 13

2.3. La Ficha Familiar..... 13

2.3.1 Finalidad de la Ficha Familiar ..... 13

2.4. Visita Domiciliaria ..... 13

2.4.1 Clasificación de la Visita Domiciliaria ..... 14

2.5. Dispensarización aplicada en la Salud Comunitaria, sus intervenciones y clasificación según criterios de riesgos. .... 14

2.5.1 Intervenciones de la Dispensarización. .... 15

2.5.2 Finalidad de la Dispensarización ..... 15

2.5.3 Clasificación de la Dispensarización según criterios de riesgos. .... 16

2.5.4 Principios de la clasificación de la Dispensarización. .... 17

2.5.5 Seguimiento para una buena Dispensarización. .... 17

2.6. Modelos de Calidad en Salud..... 17

<b>2.7. Factores asociados al incumplimiento de la oferta de servicios de asistencia médica domiciliaria.....</b>	<b>18</b>
<b>3. Conclusiones .....</b>	<b>19</b>
<b>4. Referencias Bibliográficas:.....</b>	<b>22</b>
<b>5. Anexos:.....</b>	<b>24</b>

## 1.INTRODUCCIÓN

En medicina se ha llevado a cabo diferentes interpretaciones basados según el lugar y fecha, a través de los años a partir de la inclusión de la Atención Primaria en Salud y el desafío que ha sido para los médicos su utilidad y aplicación en la salud a nivel global, en Suramérica y a nivel local.

Durante la década de 1978 los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud OMS llevaron a cabo la firma de Declaración de Alma-Ata dando inicio a la Atención Primaria en Salud (APS), lo que llevo a ser mal interpretado su utilidad por varios años en diferentes lugares afectando a los grupos más vulnerables.

En Ecuador según el acuerdo Ministerial No. 0.01203 determina que todo establecimiento de salud de acuerdo a las necesidades de la población aplicará la Estrategia de Atención Primaria de Salud garantizando dentro del primer nivel de atención resolver los servicios integrales dirigidos a las familias, individuo y comunidad, poniendo énfasis en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades<sup>1</sup>.

La eficiencia y la calidad constituyen dos componentes inseparables de la atención a la salud, por lo que todo desperdicio durante la atención médica, se convierte en baja calidad<sup>2</sup>.

En todo Modelo de Atención Integral en Salud la visita domiciliaria corresponderá a una de las actividades básicas donde se conoce acerca de la problemática que existe, así como la situación que abarca cada familia, el medio ambiente que le rodea si como también el ambiente físico y los recursos, que con ayuda de la utilización de la ficha familiar como herramienta se promueve la buena atención en la comunidad.

En el MAIS Modelo de Atención Integral en Salud, se da lugar a la Dispensarización como pilar fundamental ante la problemática que se presenta con la finalidad de mejorar el nivel de atención, así como también poner mayor énfasis según los criterios de riesgos que presenta en determinadas familias en cada comunidad.

## **2.DESARROLLO DEL TEMA**

### **2.1. Atención Primaria en Salud a Nivel Mundial y en Suramérica**

Como primer nivel de atención a nivel europeo es considerado como el conjunto de elementos que guardan relación con la puerta de entrada al sistema de salud, es decir el primer contacto, en el cual la longitudinalidad o continuidad, la integralidad e integridad, la coordinación entre niveles, son considerados atributos de la APS. En el caso del Instituto de Medicina Norteamericano, se la entiende como una provisión de servicios de salud integrados y a la vez accesibles, atribuidos por profesionales eficientes en la cobertura de la mayoría de las necesidades de salud y que realizan sus prácticas dentro de un marco familiar y comunitario<sup>3</sup>.

Argentina (2004) APS es la estrategia que percibe los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y el conjunto social, por medio de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedad, promoción de la salud y la rehabilitación<sup>4</sup>.

Brasil (2006, 2011) está caracterizada la atención básica por acciones y la protección de salud en el ámbito individual y colectivo abarcando la promoción de la salud así como la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento, la rehabilitación así como la reducción de daños y manutención de salud con la finalidad de brindar una atención integral con alto impacto en la situación de salud, en la autonomía de las personas y en los determinantes y condicionantes colectivos de salud<sup>4</sup>.

Chile (2005,2013) el nuevo Modelo de Salud, busca distribuir de manera equitativa y segura los recursos de salud otorgando de esta manera una asistencia sanitaria esencial relacionado en métodos y tecnologías prácticas fundadas científicamente conforme a las necesidades de un pueblo y un país con un espíritu de autorresponsabilidad<sup>4</sup>.

Colombia (2011) la APS constituye la estrategia de coordinación a nivel intersectorial permitiendo la integralidad en asistencia sanitaria, desde la salud pública, así como concientizar la salud a través de una promoción, prevención así como brindar un buen diagnóstico y tratar la enfermedad mediante el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todo nivel de complejidad al que se encuentre afecto, con la finalidad de garantizar un mejor nivel de bienestar<sup>4</sup>.

### **2.1.1 Atención Primaria en Salud según Alma-Ata**

Según el decreto de la declaración de Alma Ata definió a la APS como asistencia sanitaria que se basó en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y a nivel social aceptada puesta al alcance de todas las familias y comunidades a través de su participación y aun coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas las etapas en su desarrollo dando lugar a la APS a formar parte de los sistemas nacionales de salud de los que constituye la función central del desarrollo social y económico global de las comunidades<sup>3</sup>.

### **2.1.2 Atención Primaria en Salud Renovada (APSr)**

La renovación de la APS, se propone a fortalecer la capacidad a organizar una estrategia coordinada, pero a su vez sostenible permitiendo resolver los problemas existentes y mejorar de alguna manera la equidad<sup>3</sup>.

En Ecuador (2008,2012) La Constitución del 2008 la define a la APS como base del sistema en su Art. 360, como un conjunto organizado que responde a las necesidades de las familias y comunidades, permitiendo una mayor integralidad en los niveles de atención de la red de salud<sup>4</sup>.

### **2.1.3 Características de la Atención Primaria de la Salud**

Se provee la accesibilidad al primer contacto según las intervenciones a los diferentes grupos familiares a nivel de una comunidad. Las planificaciones de sus actividades resultan más educadoras que restauradoras.

En este escenario particular de accionar se considera que el sistema de atención en salud cumpla al menos tres aspectos cruciales: accesibilidad, eficiencia y adaptabilidad<sup>5</sup>.

### **2.1.4 Bioética en la Atención Primaria de la Salud**

La ética ayuda de alguna forma a impulsar un ambiente en el que mejore el profesionalismo, orientándonos a una mejor calidad de servicio a la comunidad. La APS se apoya en la edificación de consensos interinstitucionales según la OMS<sup>5</sup>.

La APS se proyecta según los resultados de valor o de impacto en salud enfermedad a la mejora de las tasas de morbimortalidad, mediante organizaciones confiables que brinden costos razonables en términos de eficiencia y eficacia para lograr experiencias exitosas<sup>6</sup>.



La actitud del ciudadano únicamente ocurre ante la existencia de alguien que tiene importancia para el otro, donde se dispone a participar de la vida de este, nunca como un acto intencional o consciente; siendo el cuidado inherente a la vida, cuando ningún tipo de vida puede subsistir sin cuidado<sup>7</sup>.

## **2.2. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MSP-Ecuador: Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención como puerta de entrada obligatoria al sistema.**

Conlleva a toda la población y se articula en el territorio a los otros sectores con la finalidad de actuar sobre los diferentes determinantes de salud y llevar a cabo un mejor desarrollo a nivel territorial, así como también a la mejora poblacional.

## **2.3. La Ficha Familiar**

Constituye una de las herramientas de archivo donde nos facilita de manera organizada llevar a cabo todo lo concerniente a realizar durante la visita médica y destinar su espacio respectivo a nivel estadístico.

### **2.3.1 Finalidad de la Ficha Familiar**

Al momento de realizar la visita domiciliaria, debemos tener presente la finalidad que nos aporta una ficha familiar, dentro de los cuales vamos a poder determinar las condiciones de vida de un miembro familiar o grupo; así como también los determinantes sociales de salud que le rodean.

## **2.4. Visita Domiciliaria**

Consiste en una actividad llevada a cabo en un determinado lugar donde se brinda atención en salud integral para conocer dentro de un entorno familiar el

acontecer de cada uno de los miembros y poder llevar a cabo la atención primaria en salud.

En la visita domiciliaria priorizamos basados en: criterio socioeconómico en familias con extrema pobreza, criterio epidemiológico según el riesgo de salud de las familias dentro de su ciclo familiar, criterio demográfico donde consideramos según el grupo poblacional menores de 5 años, siendo los más vulnerables así como también el grupo de los menores de 1 año, y los menores de 1 mes, así como también el adulto mayor; y el criterio administrativo que guarda relación con los recursos que tiene a disponibilidad de las familias.

#### **2.4.1 Clasificación de la Visita Domiciliaria**

Se debe tener en cuenta dos tipos de visita: la primera visita y la visita de seguimiento. Durante la primera visita comprendemos las necesidades a ser requeridas de cada paciente, familia, y comunidad, es decir una encuesta cubriendo todos los datos necesarios para el correcto llenado de la ficha familiar y clasificar los diferentes grupos de riesgos, proporcionándonos la información necesaria para llevar a cabo en su determinado momento la visita de seguimiento, la misma que corresponde a la segunda visita, donde será necesario actualizar los datos.

#### **2.5. Dispensarización aplicada en la Salud Comunitaria, sus intervenciones y clasificación según criterios de riesgos.**

La Dispensarización constituye uno de los pilares fundamentales dentro de la Atención Primaria en Salud. Las fichas familiares son una herramienta necesaria en las diferentes intervenciones según el caso presente en una comunidad para poder identificar los diversos grupos de riesgos presentes en cada familia al momento de realizar la visita a las familias en cada comunidad.

### **2.5.1 Intervenciones de la Dispensarización.**

La promoción de la salud abarca un control en su totalidad en cada individuo donde pone de manifiesto el beneficio propio, garantizando una mejor calidad de vida, buscando soluciones de los causales de su entorno que conlleven a problemas de salud, y no precisamente enfocándose en tratamientos y curación del paciente.

Es deber de los sistemas de salud promover cambios en el estilo de vida en todos los pacientes conectándolos con la realidad existencial y permitirles hacer un balance en sus vidas entre los factores de riesgo y su salud<sup>8</sup>.

En la prevención de la enfermedad el médico de familia debe usar su conocimiento para ponerlo en práctica con la persona familia y comunidad así como poder comprender según el entorno para ofrecerles actividades que promuevan la prevención en el marco característico de las creencias y la salud<sup>9</sup>.

La curación está basada en el equilibrio y estabilidad física, mental y emocional del paciente en una comunidad determinada, para vivir dentro de un concepto saludable.

La rehabilitación nos permite recuperar en procesos cortos, medianos y/o a largo plazo dependiendo el estado del paciente y medio en el que se sitúa llegar a alcanzar un bienestar físico, mental y emocional e integrarse a la sociedad.

### **2.5.2 Finalidad de la Dispensarización**

La finalidad de la Dispensarización es básicamente mediante un proceso organizado que lleva a cabo una buena evaluación dinámica e integral donde pone de manifiesto el conocimiento sobre su situación y de esa manera el equipo

de atención integral en salud brinda el apoyo pertinente y necesario donde no solo se le diagnostica según sus criterios de riesgos de salud, si no que se planifica las diversas actividades a llevar a cabo como: los cuidados paliativos, rehabilitación, estudiar los riesgos preexistentes en una familia y poder clasificarlos según la gravedad del paciente .

También tiene como meta cubrir las necesidades mediante la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de una evaluación integral, pero sobre todo realizar los seguimientos pertinentes otorgando toda la información de manera organizada, dinámica creando acciones para mejorar la calidad de la salud comunitaria.

### **2.5.3 Clasificación de la Dispensarización según criterios de riesgos.**

La Dispensarización para su proceder estipula criterios de riesgos biológicos que deben ser considerados durante la evaluación del paciente. estos han sido clasificados acorde a la gravedad del caso o criterio de riesgo presente en cada grupo familiar en una comunidad determinada; los mismos que se los clasifica en cuatro grupos:

I Grupo: Aparentemente sanos; este grupo de pacientes se le otorga una sola visita al año.

II Grupo: Con riesgo; este grupo se le realiza dos visitas durante el año por presentar alguna característica que conlleve a dar mejoría por lo tanto se le realiza dos visitas por año.

III Grupo: Con patologías; a este grupo de riesgo se le debe realizar durante el año tres visitas domiciliarias porque no solo presenta riesgos, si no que poseen alguna patología que necesita llevar su tratamiento según el estado evolutivo y la condición en la que se presenta el paciente.

IV Grupo: Con deficiencia, discapacidad o secuela; este grupo de riesgo a diferencia de los anteriores por la magnitud del riesgo vamos a realizar un seguimiento de cuatro visitas por año.

#### **2.5.4 Principios de la clasificación de la Dispensarización.**

En cada accionar de la Atención en Salud debemos tener en cuenta los principios según la Dispensarización lo que conlleva a brindar una atención dinámica a través de los principios: profiláctico, dinámico, continuo, individualizado e integral, así como también universal y la atención en equipo; cada uno de ellos enmarcaran los principios básicos necesarios en cada momento otorgando mayor fiabilidad y reduciendo de esta manera la vulnerabilidad de las familias y comunidades.

#### **2.5.5 Seguimiento para una buena Dispensarización.**

Al referirnos a seguimiento debemos tener presente los principios en los que está basado la Dispensarización y poder emplearlos en la clasificación según los criterios de riesgos a los que se encuentre afecto el miembro de una familia en una determinada comunidad. Teniendo presente lo antes mencionado, se deduce que el seguimiento a los pacientes, familia, comunidad lo hacemos partiendo de una buena Atención Primaria en Salud, donde incluimos como herramienta la ficha familiar y según los criterios de riesgos que presente el paciente los vamos clasificando según la Dispensarización, donde haremos visitas según al grupo al que ha sido clasificado I, II, III, IV en donde el grado de afectación dependerá el seguimiento del paciente.

### **2.6. Modelos de Calidad en Salud.**

Debemos reconocer, brindar y ponderar una atención médica integral a las prioridades de salud de forma asertiva sin duda requieren del conocimiento, así como de la experiencia y vocación por la administración, la cultura y la ciencia; favorecer la buena comunicación médico paciente conllevará al entendimiento y mejora de la atención de los servicios de salud<sup>6</sup>.

El uso indebido de alcohol incluye altos costos sociales y económicos. La prevalencia de problemas relacionados con el uso del alcohol es mayor en sujetos que presentan un alto grado de consumo no social que no reúne aun criterios para ser diagnosticados como alcohólicos; en la atención primaria, el reconocer a estos individuos permite su Dispensarización y tratamiento a través de una pesquisa activa<sup>10</sup>.

## **2.7. Factores asociados al incumplimiento de la oferta de servicios de asistencia médica domiciliaria.**

El uso inadecuado de este servicio, la permanente emergencia funcional que reflejan las salas de urgencia por alta demanda de sus servicios, con un Triage no considerado urgente, y las dificultades para acceder a la consulta externa de primer nivel por falta de oportunidad, han hecho plantearse diferentes iniciativas para mejorar la prestación del servicio de salud<sup>11</sup>.

### **3. Conclusiones**

Por medio de este trabajo se ha podido determinar, revisar, analizar y establecer la utilidad en cada accionar de la Dispensarización, su trascendencia al concluir la ficha familiar nos permite evidenciar y clasificar por grupos según los criterios de riesgos; lo que permitirá cumplir con una adecuada atención primaria en salud tanto en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación de la morbilidad y rehabilitar en casos requeridos y aplicar los cuidados paliativos, según los grupos de riesgos que se determinen.

Se debe establecer que una ficha familiar es útil para determinar los criterios de riesgos de la Dispensarización según el diagnóstico y seguimiento en cada visita que se realice a cada familia y a cada persona, pero ello no reemplaza la historia clínica, su correcto llenado y proceder a la realización de un buen examen físico a cada paciente que será intervenido, facilitando al equipo de atención integral en salud (eai's) priorizar los casos o pacientes de grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad, es por ello la importancia de saber llevar una buena información, estar bien equipado con el material necesario, poder distinguir o clasificar una visita domiciliaria, para de esta manera poder llevar a cabo el llenado de la ficha familiar y así optimizar los diferentes recursos existentes.

El personal de salud responsable de la ficha familiar que realiza debe tener en cuenta los criterios de Dispensarización para planificarlos.

Durante la primera visita comprendemos las necesidades a ser requeridas de cada paciente, de cada familia, de cada comunidad, es decir una encuesta tratando de cubrir todos los datos necesarios para el correcto llenado de la ficha familiar y clasificar los diferentes grupos de riesgos por familias y comunidad, proporcionándonos la información necesaria para poder llevar a cabo en su determinado momento la visita de seguimiento que corresponderá a la segunda visita, donde será necesario actualizar los datos del paciente.

La Dispensarización para su proceder estipula criterios de riesgos biológicos que deben ser considerados durante la evaluación del paciente. Estos se los clasifica de acuerdo a la gravedad o criterio de riesgo que presente cada grupo familiar en una comunidad, que se clasifican por grupos:

I GRUPO: Aparentemente sanos; a este grupo se le realizara una sola visita al año.

II GRUPO: Con riesgo; este grupo le realizamos dos visitas por año, por presentar alguna característica que conlleva más de una sola visita para su mejoría.

III GRUPO: Con patologías; a este grupo de riesgo se le realizara 3 visitas en el año, debido a no solo presentar riesgos, sino que poseen además alguna patología que necesita ser tratada según la evolución y estado que presente.

IV GRUPO: Con deficiencia, discapacidad o secuela; este grupo de riesgo a diferencia de los anteriores por la magnitud de riesgo vamos a realizar un seguimiento de 4 visitas por año.

En cada accionar debemos tener presente lo que demanda una buena atención y mantener claro los principios para una buena Dispensarización como es el principio profiláctico, dinámico, continuo, individualizado e integral, así como también universal y la atención en equipo; cada uno de ellos enmarcan los principios básicos para llevar a cabo una buena visita domiciliaria.

Debemos tener en cuenta que ante todo proceso a realizar, mantener siempre el respeto mutuo y ser tolerantes ante creencias religiosas, identidad de género y sobre todo brindar confianza y empatía a toda visita que se lleve a cabo para de esta manera crear una atmosfera de confianza, la misma que nos permitirá poder brindar una mejor calidad d Atención Primaria en Salud.

Finalmente se ha podido mediante artículos revisados, así como también a través del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, la importancia que



representa la utilidad de emplear dentro de la Atención primaria en Salud, el uso de la ficha familiar, y el empleo de la Dispensarización como herramienta esencial para poder brindar una adecuada visita domiciliaria y poner énfasis en los diferentes grupos familiares y clasificarlos según los criterios de riesgos, presentes en la comunidad.

#### 4. Referencias Bibliográficas:

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS[Internet].2nd ed. Quito:MSP;2016; 03 (5): 61-86[citado 3 Diciembre 2018]. Disponible en:

[http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_M AIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_M AIS-MSP12.12.12.pdf)

2. Rojas – Armadillo, MdL, Jiménez – Báez, MV, Chávez-Hernández, MM, González-Fondón, A. Validación de un sistema de registro de eventos adversos en atención primaria. Revista Médica del instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2016; 54 (3): 327-333. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745710010>

3. Franco-Giraldo, A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2015;33(3):414-424. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12041781011>

4. Giovanella, L, Fidelis de Almeida, P, Vega Romero, R, Oliveira, S, Tejerina Silva, H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde em Debate [Internet]. 2015;39(105):300-322. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341748002>

5. Pérez Ayala, M. ¿Por qué hablar de bioética en la atención primaria en salud? Revista latinoamericana de Bioética [Internet].2016;16(2):102-117.Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127046821007>

6. Trinidad Vázquez, E. Modelos de Calidad en Salud.Salud en Tabasco [Internet]. 2016;22(3):59. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754565001>

7. Correa Zambrano, ML. LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD:UN ASUNTO DE CUIDADO.Revista cuidarte[Internet].2016;7(1):1227-1231. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/oa?id=359543375011>
8. Aliaga-Díaz, E, Cuba-Fuentes, S, Mar-Meza, M. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y CON CALIDAD DE VIDA. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet].2016; 33(2): 311-320. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36346797017>
9. Cuba Fuentes, MS, Morena González, L.Reformando la salud desde la prevención cuaternaria. Acta Médica Peruana [Internet].2016;33(1):65-69. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96645712010>
10. Sit Pacheco, R, Rodríguez Pérez, LA, Puentes Valle, D. Consumo no social de alcohol: su identificación en la comunidad para prevención y tratamiento. Revista Habanera de Ciencias Medicas[Internet].2016;15(6):1017-1028.Recuperado de: <https://www.redalyc.org/oa?id=180449695016>
11. Restrepo Viana, L, Tejada Pardo, K. Factores asociados al incumplimiento de la oferta de servicios de asistencia médica domiciliaria. Cuadernos Latinoamericanos de Administración [Internet].2016;XII(22):69-83.Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=409646647007>

## 5. Anexos:

<b>PLANIFICACION DE ACTIVIDADES INTRAMURALES Y EXTRAMURALES PARA EL SEGUIMIENTO INDIVIDUAL Y FAMILIAR SEGÚN CRITERIOS DE DISPENSARIZACION UTILIZADOS EN LA FICHA FAMILIAR</b>			
<b>GRUPO DE CLASIFICACION INDIVIDUAL SEGÚN CRITERIOS DE DISPENSARIZACION</b>	<b>DEFINICION DEL GRUPO</b>	<b>ACTIVIDADES INTRAMURALES</b>	<b>SEGUIMIENTO CON LA FICHA FAMILIAR</b>  <b>ACTIVIDADES EXTRAMURALES</b>
<b>GRUPO I: APARENTEMENTE SANO</b>	Personas que no manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y no se constatan, mediante el interrogatorio o la exploración, alteraciones que modifiquen ese criterio.	<p>El número de consultas de control sano que se realizará en el año estará bajos los estándares del MSP por ciclos de vida:</p> <p>Actividades: Promoción y Prevención.</p> <p>Registro: Historia Clínica individual.</p> <p>Coordinar visitas domiciliarias y llenado de la ficha familiar en caso de ser necesario.</p> <p>Incluye un interrogatorio y un examen físico minuciosos, incluso la indicación de exámenes complementarios (si así se considera), en busca de características de riesgo o daño. Al mismo tiempo este encuentro debe aprovecharse para orientar o reforzar hábitos y conductas que favorezcan un estilo de vida saludable.</p>	<p>1 visita de seguimiento al año a las familias que tengan todos sus integrantes en este grupo I aparentemente sano:</p> <p>Actividades que deberán ser detalladas en la ficha familiar son de:</p> <p>Promoción. Prevención.</p> <p>Utilizar las actividades a ejecutarse por el equipo integral de salud detallada en el anexo 1 del Manual del MAIS 2012.</p> <p>Se coordinará con la unidad operativa responsable la entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.</p>

		Coordinar visitas domiciliarias en caso de ser necesario.	
<b>GRUPO II: CON FACTORES DE RIESGO</b>	<p>Personas en las que se comprueba o refieren alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o a largo plazo tanto biológicos, psicológicos y sociales como:</p> <p>Hábitos tóxicos como el tabaquismo, sedentarismo, el consumo anormal de bebidas alcohólicas, el consumo inadecuado de medicamentos o sustancias psicoactivas, riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual, el intento suicida, el riesgo preconcepcional, así como también los riesgos en el medio escolar o laboral, entre otros.</p>	<p>El número de consultas de seguimiento y subsecuentes que se realizará será bajo los estándares del MSP por ciclos de vida:</p> <p>Actividades: Promoción y Prevención.</p> <p>Registro: Historia clínica individual.</p> <p>Coordinar visitas domiciliarias y llenado de la ficha familiar en caso de ser necesario.</p> <p>La evaluación se realizará según el tipo y la magnitud del riesgo presente y la confluencia o no de múltiples factores que puedan constituir una amenaza para su salud.</p> <p>En modo alguno deben aplicarse esquemas de seguimientos preestablecidos que desconozcan esta condición, en este sentido se recomienda seguir una estrategia basada en el enfoque de riesgo y partiendo de la mejor evidencia científica disponible.</p> <p>Para ello, se debe contemplar la estratificación del grupo, en personas con riesgo alto o bajo de acuerdo con</p>	<p>Actividades que deberán ser detalladas en la ficha familiar son de:</p> <p>Promoción. Prevención. Curación. Rehabilitación.</p> <p>Utilizar las actividades a ejecutarse por el equipo integral de salud detallada en el anexo 1 del Manual del MAIS 2012.</p> <p>Se coordinará con la unidad operativa responsable la entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.</p>

		la evaluación integral realizada para planificar un seguimiento tanto en consultorio como de visita domiciliar si amerita.	
<b>GRUPO III: CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS</b>	<p>Esta categoría incluye a todo individuo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o psicológicos que afecten su capacidad para desempeñarse normalmente en su vida.</p> <p>En este grupo se incluye cualquier entidad:</p> <p>Nosológica.</p> <p>De evolución crónica.</p> <p>Infeciosa.</p> <p>No infecciosa.</p> <p>Podemos citar:</p> <p>HTA, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el asma bronquial, la epilepsia, las nefropatías crónicas y muchas otras.</p>	<p>El número de consultas de seguimiento y subsecuentes que se realizará será bajo los estándares del MSP por ciclos de vida:</p> <p>Actividades: Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación.</p> <p>Registro: Historia Clínica individual.</p> <p>Coordinar visitas domiciliarias y llenado de la ficha familiar en caso de ser necesario, a partir de criterios de magnitud y severidad, número de problemas confluentes en un mismo paciente, el tiempo de evolución del problema, etcétera.</p>	<p>3 visita de seguimiento al año se recomienda a las familias que tengan integrantes en este grupo III con patologías crónicas.</p> <p>Actividades que deberán ser detalladas en la ficha familiar son de:</p> <p>Promoción.</p> <p>Prevención.</p> <p>Curación.</p> <p>Rehabilitación.</p> <p>Utilizar las actividades a ejecutarse por el equipo integral de salud detallada en el anexo 1 del Manual del MAIS 2012.</p> <p>Se coordinara con la unidad operativa responsable la entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.</p>
<b>GRUPO IV: CON SECUELAS O DISCAPACIDAD</b>	<p>Se trata de personas que padecen alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o psíquicas.</p>	<p>El número de consultas de seguimiento y subsecuentes que se realizará será bajo los estándares del MSP por ciclos de vida:</p> <p>Actividades: Promoción, Prevención,</p>	<p>4 visita de seguimiento al año se recomienda a las familias que tengan integrantes en este grupo IV con secuela o discapacidad.</p> <p>Actividades que deberán ser detalladas</p>

	<p>Es un proceso dinámico influido por múltiples variables que se pueden presentar en un sujeto como consecuencia de una enfermedad o factor externo de naturaleza diversa.</p> <p>En este grupo obviamente se incluyen sujetos que padecen enfermedades crónicas o agudas en las que se presentan condiciones que provocan un grado de limitación mayor en el paciente (complicaciones y secuelas que determinan un estado de incapacidad variable).</p> <p>Se incluyen las personas con discapacidades: físico motoras, intelectuales, auditivas, visuales, viscerales, psíquicas, mixtas.</p>	<p>Curación y Rehabilitación.</p> <p>Registro: Historia Clínica individual.</p> <p>Coordinar las atenciones en consultorio y las visitas domiciliarias con el llenado de la ficha familiar en caso de ser necesario considerar también múltiples factores en el momento de establecer la frecuencia de evaluaciones.</p> <p>Obviamente, el seguimiento no será el mismo en una persona que padece una limitación motora por un trauma desde pequeño y que no ha visto afectado su desempeño profesional ni social, que en un sujeto con una discapacidad reciente e invalidante y que, independientemente de su edad, se percibe una afectación irreversible en su desempeño ante la familia y la sociedad.</p> <p>En general se sugiere, que, por lo complejo de este estado de discapacidad, secuela o invalidez en los individuos, la frecuencia de las consultas de evaluación y la propia intervención, se realice en estrecha coordinación con el especialista en rehabilitación.</p>	<p>en la ficha familiar son de:</p> <p>Promoción.</p> <p>Prevención.</p> <p>Curación.</p> <p>Rehabilitación.</p> <p>Utilizar las actividades a ejecutarse por el equipo integral de salud detallada en el anexo 1 del Manual del MAIS 2.012.</p> <p>Se coordinara con la unidad operativa responsable la entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.</p>
--	--	---	---

## ESCENARIO DE ATENCIÓN DEL MAIS





## APLICACIÓN DE LA FICHA FAMILIAR

