

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-LEON

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

UNAN-LEON



TESIS MONOGRAFICA

PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA.

TITULO:

Conocimientos y Prácticas del proceso de dispensarización relacionado al componente provisión de servicios, Centro de Salud Félix Pedro Picado, León, agosto – septiembre 2012.

Autora: Br; Rubenia Carolina Romero Rojas.

Tutora: Lic, Nubia Meza Herrera.

Asesora: Lic, thelma Díaz de Paredes.

León, Nicaragua

Octubre, 2012

“A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD”

DEDICATORIA

Dedico este proyecto y toda mi carrera universitaria a Dios por ser el principal ser que ha estado a mi lado en todo momento dándome las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se me presenten.

A nuestra *Alma Mater* la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua- León; por darme la oportunidad de alcanzar esta meta, gracias a los profesores quienes durante los cinco años se esmeraron por dar lo mejor para nuestra formación profesional, por los conocimientos teóricos y las experiencias vividas.

A mis padres; he llegado a esta etapa gracias a ustedes; gracias por su paciencia y comprensión, porque a pesar de las dificultades y carencias han realizado el máximo esfuerzo para darme lo mejor; reconozco su infinito esfuerzo por educarme y formarme, por los valores que siempre me han inculcado. Esta tesis se las dedico con mucho cariño a ustedes, como un símbolo de gratitud por el amor incondicional que siempre me han manifestado.

A mi querido hijo Anthony Lenin Ortega Romero, haz sido para mí un motor para lograr mis propósitos, siendo una bendición de DIOS.

GRACIAS POR SU AYUDA Y FORTALEZA.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios y a todas las personas que me ayudaron y colaboraron para llevar cabo este estudio.

Agradezco también a las autoridades del centro de salud Félix Pedro Picado de Sutiava y a su personal por haberme permitido realizar la encuesta.

Agradezco la colaboración de todos los docentes de la Escuela de Enfermería, en especial:

Lic. Nubia Meza Herrera.

Lic. thelma Díaz de Paredes.

Lic. Yolanda Matute.

Finalmente pero no menos importante agradezco de forma especial a mis padres por el apoyo incondicional que me han brindado en la culminación de mis estudios.

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de determinar los conocimientos y prácticas del proceso de dispensarización por médicos y enfermeras en relación al componente provisión de servicios de salud del centro de salud Félix Pedro Picado agosto-septiembre, 2012.

Se realizó una prueba piloto a 5 personas que forman parte del personal de salud del centro de salud Fanor Urroz de Malpaisillo, para probar la claridad de las preguntas. El instrumento de recolección de datos fue una encuesta con preguntas cerradas.

La recolección de la información se realizó mediante una encuesta a las 59 personas en estudio y posteriormente se introdujeron los datos al programa Excel y se analizó a través del mismo.

Para la realización del estudio se solicitó permiso por medio de una carta a las autoridades del centro de salud y al personal en estudio, se explicó que la información brindada es anónima garantizando su confidencialidad.

El resultado final permitió conocer que la mayoría de los encuestados, están entre las edades de 36-55 años, del sexo femenino, pertenecientes al área Urbana todos profesionales.

En cuanto al conocimiento, la mayoría del personal de salud conoce del proceso de dispensarización en su totalidad sin embargo una minoría lo identifica como un proceso curativo.

En cuanto a la práctica que realiza el personal de salud tenemos que todo el personal en estudio ha realizado el proceso de dispensarización, tomando en cuenta en su mayoría las características del proceso dispensarial.

Palabras clave:

Conocimiento.

Practica.

Proceso de dispensarización.

Provisión de los servicios.

Índice

Contenido	Nº de página
Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	5
Problema.....	6
Objetivos.....	7
Marco teórico.....	8
Diseño metodológico.....	22
Resultados	25
Análisis de resultados.....	29
Conclusiones.....	34
Recomendaciones.....	36
Bibliografía.....	37
Anexos.....	38

I. Introducción

En el 2009 la OMS planteó que en el futuro la atención primaria en salud ofrecería la posibilidad de afrontar tres afectaciones de la vida del siglo XXI, como son la globalización de los modos de vida insalubres, la aceleración de la urbanización no planificada, y el envejecimiento de las poblaciones. Ya que esas tendencias contribuyen al aumento de enfermedades crónicas tales como las cardiopatías, la apoplejía, el cáncer, la diabetes y el asma, que generan nuevas demandas de atención a largo plazo y exigen mayor apoyo comunitario.

Por lo anterior la Dra. Margaret Chan (directora de la OMS) indica que para resolver los problemas de salud propiciados por el déficit del auto cuidado en la población mundial, los sistemas de salud requieren de mayor grado de justicia y de eficiencia, por lo cual se requieren decisiones normativas que así lo propicien, y una de estas leyes deben orientar el fortalecimiento de la provisión de los servicios que ofrecen los modelos de salud para dar respuesta a las afectaciones de la vida moderna del siglo XXI.

Lo planteado por la Dra. Chan ha conllevado que los sistemas de salud a nivel mundial estén realizando una urgente transformación del abordaje de los modelos de salud, cuyo objetivo es orientar las acciones hacia la integración del individuo, familia y comunidad en la solución de sus necesidades de salud.

Independientemente de la diferencia sociocultural entre países, las reformas parten de ciertos principios fundamentales, como son el fomento de la equidad en el acceso a la salud, mejorar la calidad de la atención a la salud mediante el fomento del componente provisión de los servicios, que conlleva a la realización de acciones que respondan a los derechos de los pacientes, al cuidado y auto cuidado de su salud.²

En Nicaragua el Modelo de salud familiar y comunitaria (MOSAFC), enfoca la provisión de servicios hacia la realización de las acciones de promoción, en el fomento de los hábitos y estilos de vida saludable, la protección frente a las enfermedades, la recuperación de la salud y rehabilitación de discapacidades.

Por lo anterior es de importancia que en el proceso de la provisión de los servicios, las personas y las comunidades se apropien de los medios e instrumentos necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, y de este modo, mejorar su estado de salud.

Esto permite a las profesionales de la salud poner en práctica y desarrollar su liderazgo en todos los ámbitos de trabajo de dispensarización para garantizar la accesibilidad de la provisión de los servicios mediante la gerencia del cuidado, cuyo único objetivo radica en la integralidad de la atención, de acuerdo a la organización y funcionamiento de cada sistema de salud.²

II. Antecedentes

En los países europeos se inicia un proceso de reformas de la atención a la salud, fundamentándose en modelos de atención que le garantice a la población una atención digna y equitativa. La OMS indica que las reformas de los modelos de salud iniciados en la década de los 90 han aumentado la descentralización y la responsabilidad financiera de los gobiernos locales, uno de ellos es el de Suecia, en que las actividades de los consejos de condado están en un 90% asignada a la provisión de los servicios de salud. Un aspecto relevante de este modelo de salud es que en el caso de escasez de médicos en una especialidad, las enfermeras están autorizadas, después de una formación adecuada, a llevar a cabo algunos procedimientos médicos determinados. Suecia también permite a las enfermeras prescribir un número limitado de medicamentos.

Es importante resaltar que las condiciones de adaptación requeridas para formar parte de la Unión Europea han llevado a estos países a que prosigan sus reformas a los modelos de salud en varias direcciones, entre ellas se destacan el fortalecimiento de la descentralización y la búsqueda sistemática de la eficiencia de la atención. Las reformas de los componentes de los modelos de salud han sido objeto de gran debate en América Latina desde el inicio de los años noventa. Por un lado, hay aquellos que afirman que los instrumentos utilizados en la reforma del auto cuidado y el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria no son los apropiados, las reformas han resultado en mejoras de eficiencia en la gestión y entrega.³

Según el estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en el año 2000 cada estadounidense gastó 4,631 dólares en salud, es decir, un 83 por ciento más que en Canadá y 134 por ciento más que la media de 1.983 dólares en otros países. Además, el informe expone que en ese año EEUU gastó el 13 por ciento del Producto Interior Bruto (PIB) en salud, un nivel considerablemente más alto que Suiza. La situación anterior conllevó a la OMS orientar que los sistemas de salud hagan un regreso a la atención primaria de salud, como una alternativa hacia la mejora del

desempeño, en el informe se pide un planteamiento integral de la atención de salud presentado oficialmente hace 30 años.

La Dra. Chan plantea que en muchos países la atención de salud no logra responder a la creciente expectativa social de recibir una atención sanitaria centrada en las personas, justa, asequible y eficiente. Es por ello que cuando se comparan diversos países con alto grado de desarrollo económico, con aquellos que han organizado la atención sanitaria en torno a la provisión de los servicios fundamentados en la atención primaria de salud, se observa que estos últimos gozan de un nivel de salud más alto.²

En Nicaragua el Ministerio de Salud como ente rector del sector salud, en cumplimiento con lo establecido en la Constitución Política de la República de Nicaragua, facultado por la Ley General de Salud, implementa En mayo del 2007, luego de transcurrir por diferentes modelos de atención en salud que no contemplaban la familia y la comunidad el Modelo de Atención a la Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), estando implementado en todo el país, donde se establece el reto de llegar a la humanización y calidad, en un modelo social dinámico el cual recopila la experiencia de muchos años de trabajo en salud al servicio del pueblo nicaragüense.³

III. Justificación

El componente atención / provisión de los servicios del modelo de salud (MOSAFC), contempla la realización de acciones de promoción y prevención en el fomento del cuidado y el auto cuidado de la salud para el desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable en el individuo, familia y comunidad.

Para la interacción de los elementos del componente provisión de los servicios de salud es importante el proceso de dispensarización el cual conlleva a la negociación entre los servidores de salud y la población usuaria del servicio, renovando la implementación de estrategias en el suministro del servicio de salud.

Se considera que realizar el estudio sobre el proceso de dispensarización en relación a la provisión de los servicios de salud, es de importancia para el fortalecimiento del trabajo de terreno, porque de este dependen los resultados finales del desempeño, de la eficiencia técnica y sentida del personal de salud prestadora del servicio de promoción y prevención.

La relevancia consiste en que no se han realizado investigación sobre el tema, por lo cual el estudio se considera novedoso, cuyos resultados serán de mucho interés para las autoridades del centro de salud Félix Pedro Picado, quienes evaluarán el desarrollo del componente, con el propósito de fortalecerlo con acciones educativas y de motivación a los recursos de salud.

IV. Planteamiento del problema:

Es necesario que la accesibilidad e integralidad de la atención se enfoque hacia la provisión del servicio de salud, ya que es un componente que debe ser evaluado constantemente por ser la base fundamental de la organización de los principios del MOSAFC.

Lo anterior indica la importancia de responder a la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el conocimiento y práctica del proceso de dispensarización por médicos y enfermeras en relación al Componente Provisión de Servicios de Salud del Centro de Salud Félix Pedro Picado, León Agosto - Septiembre 2012?

V. Objetivos

General

Determinar el conocimiento y práctica del proceso de dispensarización por médicos y enfermeras en relación al componente provisión de servicios de salud del Centro de Salud Félix Pedro Picado de León.

Específicos

Caracterizar socio demográficamente al personal médico y de enfermería del centro de salud Félix Pedro Picado.

Identificar el conocimiento del proceso de dispensarización en relación a la provisión de servicios que tienen médicos y enfermeras del Centro de Salud Félix Pedro Picado de León.

Describir las prácticas del proceso de dispensarización en relación a la provisión de servicios que tienen médicos y enfermeras del Centro de Salud Félix Pedro Picado de León.

VI. Marco teórico

Conceptos claves:

Conocimiento:

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, para el filósofo griego platón el conocimiento es aquello necesariamente verdadero. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial después llega el entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto.

El proceso del conocimiento involucra 4 elementos; sujeto, objeto, operación y representación interna (proceso cognoscitivo).

Practica:

Aplicación de una idea, doctrina, enseñanza o pensamiento. Contraste experimental de una teoría. Uso continuado, costumbre o estilo de una cosa, modo o método que particularmente observa uno en sus operaciones.⁶

Proceso de dispensarizacion:

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

En su concepción original la dispensarizacion no estaba dirigida a toda la población, sino a personas enfermas o pertenecientes a grupos vulnerables o de riesgo, el tiempo de seguimiento a las personas enfermas, podía variar desde 1 año hasta toda la vida, en dependencia del tipo de enfermedad; para ello se apoyaban en una norma donde se establecían los plazos de la observación y los factores que determinaban el alta del dispensarizados.⁴

Provisión de servicios:

Es el conjunto de acciones concretas, definidas y organizadas que brindan atención a la población y su ambiente, a través de una red de servicios articulados.¹

Componente de atención/ provisión de servicios:

Es un conjunto de servicios de salud organizados de manera específica y complementaria, teniendo interrelación necesaria entre ellos para ser capaz de ofrecer atención con calidad y responder a los problemas de salud de una problemática definida. La provisión de servicios contempla la realización de las acciones de promoción de hábitos y estilos de vida saludable, protección frente a las enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación de discapacidades.

El componente provisión incorpora como premisa central la promoción de la salud, proceso mediante el cual las personas y las comunidades se apropian de los medios e instrumentos necesarios para estar en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, y de este modo, mejorar su estado de salud.¹

Elementos de la provisión:

Población.

Abordaje de la atención en salud a la población.

Población vulnerable y grupos especiales:

Son las personas o grupos de personas que no disponen de recursos para satisfacer las necesidades básicas para su desarrollo humano, así como grupos especiales de personas de acuerdo a los factores biopsicosociales, entre otros el binomio madre-niño, personas de la tercera edad y personas con discapacidad.

Para la identificación de grupos vulnerables se debe focalizar los grupos en base a criterios de riesgo como:

Accesibilidad geográfica.

Acceso a servicios básicos.

Comunidades con mínimo nivel de desarrollo.

Inequidades de ingreso

Disparidades de género.

Oportunidades no equiparables entre las personas (discapacidad).

Una provisión de servicios efectivos y eficientes debe considerar a la población en términos de la persona, familia, y comunidad como sujetos de la atención inmersos en un entorno físico y ecológico que le favorecen o limitan su salud.

La prestación de servicios se centra en el cuidado y auto cuidado de las personas y no solo en la atención a enfermedades, por lo que las acciones se organizan en función al desarrollo sano de las personas según el grupo étnico al que pertenezcan.

Es importante destacar la aptitud cultural en la atención, que implica la identificación de las necesidades diferentes, y el abordaje de atención a los miembros de población especiales por sus características étnicas, raciales, culturales, o de otra índole.¹

Atención centrada en la familia:

La familia es la institución social básica, es el punto de arranque decisivo en el proceso de socialización de nueva generaciones renovadoras de la sociedad.

En su interior la familia tiene diferentes roles y funciones como la trasmisión de valores y conductas, el desarrollo de lazos tanto efectivos como emocionales y la interacción con el sistema social. Es en la familia donde se fomentan la salud o se genera la enfermedad.

El enfoque de atención centrada en la familia lleva al prestador a conocer qué factores en los miembros de la familia del usuario están influyendo en sus problemas de salud y también cuales son los problemas que la familia y sus miembros están recibiendo de parte del usuario. Se identifican factores de riesgo y daños en el seno familiar, incluyendo condiciones de vida y otros determinantes de su salud, a fin de ayudarles capacitándoles en el auto cuidado de su salud y en el apoyo entre sus miembros y tratar de resolver los problemas de salud de todos como una unidad orgánica.

Atención centrada en la comunidad:

Los servicios de salud orientados a la comunidad deberán contar con el conocimiento actualizado de las necesidades y prioridades en salud valoradas desde la óptima técnica como de la óptima comunitaria. En ellos el personal de salud, los proveedores, participan en los asuntos de la comunidad y poseen

conocimiento específicos sobre los sistemas sociales y de apoyo solidarios existentes, incluyendo los recreativos, religiosos, y políticos.

En este proceso la comunidad y sus miembros, participaran tanto en los espacios de gestión en las unidades de salud, como en las acciones que fortalecen su propia salud como jornadas de salud, las iniciativas de entornos saludables (barrios, escuelas, mercados, espacios, o municipios y el entorno laboral), las jornadas programadas con la comunidad para la detección temprana de enfermedades que amenacen la salud de sus miembros, ferias de salud entre otras.¹

Atención al medio ambiente físico y ecológico:

La provisión de servicios de salud adopta una estrategia de acción ambiental, básicamente preventiva y participativa en el nivel local que reconoce el derecho del ser humano a vivir en un ambiente sano y adecuado. Los pobladores deben ser informados sobre riesgos del ambiente en relación con su salud, bienestar y supervivencia.

Parte de la provisión de servicios al ambiente físico y ecológico es una comunidad que participa activamente en la búsqueda de un ambiente saludable y la movilización ciente en la vigilancia de factores de riesgo, para este fin se requiere de la coordinación intersectorial e inter institucional, así como de la comunidad organizada.¹

Conjunto de prestaciones de servicios de salud:

Es un conjunto de beneficios de servicios de salud para toda la población que incluye las acciones de promoción, curación, y rehabilitación, está dirigido a las personas, familia, comunidad y al ambiente.

Los beneficios del conjunto de prestaciones de servicios de salud se clasifican de acuerdo a los ámbitos definidos por la ley general de salud, en tres grupos:

Modalidades de entrega de los servicios:

La entrega de servicios de salud a la población en cantidad suficiente y con calidad para la satisfacción de sus necesidades básicas y para el abordaje a los principales daños a la misma, requiere ser organizada en las unidades de salud

teniendo en cuenta las necesidades de la población, niveles de pobreza, acceso geográfico, y cultural a los servicios de salud.⁵

Las modalidades de entrega de los servicios de salud, priorizaran la atención a comunidades alejadas coordinadas con líderes de la comunidad a fin de garantizar con ellos la mayor cobertura posible. Esta atención deberá brindarse en los locales de referencia del sector en horarios convenientes para la población. Esta atención debe estar dirigida a grupos especiales de población, como es los casos de embarazadas, niños, crónicos y discapacitados.

Organización para la provisión de servicios:

la organización de la provisión de servicios contempla como estrategia el desarrollo prospectivo de la red de servicios, proceso por el cual los establecimientos de la red de servicios (públicos, privados y comunitarios) alcanzan en forma ordenada el nivel de cobertura y complejidad establecido para garantizar la atención integral a la población, dicha estrategia permitirá guiar las necesidades de inversión en salud en el corto, mediano y largo plazo, así mismo guiar la organización y distribución de los recursos existentes a nivel local.

La organización de la red implicará fortalecer la capacidad resolutive de los establecimientos de Salud para responder de manera integral y oportuna a la demanda de los servicios de salud, esto requiere contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad en las familias, personas y comunidad. Así mismo implicará la organización de los servicios (agenda de citas, horarios de atención, reubicación de recursos humanos, dar a conocer a la población las acciones a las cuales puede acceder en el establecimiento de salud, entre otras).⁵

Dispensarización:

Es la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado

de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello.

Se caracteriza por ser un registro, por aplicar una evaluación, realizar intervenciones y brindar seguimiento de los individuos dispensarizados.

Registro: se recogen en un censo las características socio demográficas de las personas que atiende el equipo de salud, agrupadas por familias y en estrecha relación con el entorno que integran una comunidad.

Las características socio demográficas se refieren a la edad, sexo, color de piel, profesión, ocupación y escolaridad; así como también las características estructurales y condiciones higiénicas de la vivienda, los factores de riesgo y enfermedades que padece.

También incluye información sobre la constitución y funcionamiento familiar, factores socioeconómicos y de cultura sanitaria.

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

Intervención: este proceso prevé la orientación de medidas al individuo para promover salud, evitar daños, tratando de modificar positivamente o eliminar, cualquier condición que pueda favorecer la enfermedad.

A su vez contempla la aplicación de procedimientos y acciones educativas o terapéuticas en las cuales puede estar o no presente la prescripción de medicamentos.

Seguimiento: se trata de un proceso continuo, donde se producen ajustes sistemáticos de la atención y las intervenciones, en dependencia de las variaciones en el estado de salud/enfermedad individual y la respuesta a las medidas previamente aplicadas.⁴

El propósito de la dispensarización es en definitiva, contribuir a mejorar el estado de salud individual y consecuentemente al de la población. En este proceso se identifican los riesgos y daños a la salud de cada persona, mediante procedimientos de observación, exploración física e instrumental, interpretación y análisis de los resultados. Al mismo tiempo favorece la planificación de las acciones y los recursos para la atención a las necesidades del individuo, e influye en su educación, capacidad de autoevaluación y cuidado de su estado de salud o enfermedad.

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

Tener reflejados en la historia de salud familiar e individual, sus datos socio demográficos y los inherentes a su estado de salud.

Que se le haya practicado una evaluación integral y como consecuencia esté clasificado atendiendo a los grupos de dispensarización establecidos.

Principios de la dispensarización:

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

Profiláctico:

Constituye un principio cardinal, porque favorece la planificación de acciones de promoción de salud, de prevención primaria, secundaria o terciaria.

Dinámico:

Rasgo esencial que está determinado por la permanente susceptibilidad de cambio de enfoque de atención a los sujetos dispensarizados de acuerdo con la variabilidad en su estado de salud y la necesidad de ajustes en las medidas terapéuticas y de atención general.

Continuo:

Por la necesidad de su aplicación de forma ininterrumpida desde que se evalúa y registra al individuo.

Individualizado:

Porque se establece una estrategia de atención en cada individuo según sus características personales y el problema de salud, riesgo o daño que presente.

La frecuencia de evaluaciones puede variar de una persona a otra e incluso dentro de un mismo sujeto, en dependencia del tipo de problema que se presente y su evolución en el tiempo.

Integral:

Es también un principio básico que implica el abordaje del individuo atendiendo sus características biológicas, psicológicas y sociales.

Su interacción con la familia, otros individuos y su comunidad, así como en su medio laboral o escolar.

Universal:

Por el alcance global que implica abarcar la totalidad de la población atendida, desde los recién nacidos hasta los ancianos, sin descuidar su relación con el entorno.

Atención en equipo:

Se refiere a la atención que brindan Médicos y Enfermeras a las Familias, en estrecha relación con los especialistas del segundo y Tercer nivel de atención. Como se puede percibir, aunque el enfoque de atención en la dispensarización parte del individuo, se extiende a la familia y alcanza a toda la comunidad, para identificar allí los factores que puedan atentar contra las personas individualmente o en grupos de ellos, atendiendo a sus hábitos y su desempeño en la sociedad.

Categorías dispensariales:

El proceso de evaluación de cada individuo determinará su clasificación en 4 categorías dispensariales que indican, en sentido general, el estado de su salud; así como la conducta que debe seguirse en su atención. No debe olvidarse, sin

embargo, que la atención a cada paciente debe ser integral independientemente del grupo dispensarial en el que se ha incluido.

De esta forma cada persona debe ser categorizada en algunos de los grupos siguientes:

Grupo I. Aparentemente sano:

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

Grupo II. Con riesgo:

Personas en las que se comprueba o refieren padecer de alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o a largo plazo. En este caso se refiere a hábitos tóxicos como el tabaquismo, el sedentarismo, el consumo anormal de bebidas alcohólicas, el uso inadecuado de medicamentos o drogas de abuso, los riesgos sociales de adquirir enfermedades de transmisión sexual por conducta inadecuada, el intento suicida, el riesgo preconcepcional, así como también los riesgos en el medio escolar o laboral, Esta categoría incluye a todo individuo portador de una condición patológica, así como trastornos orgánicos o psicológicos que afecten su capacidad para desempeñarse normalmente en su vida.

En este grupo se incluye cualquier entidad nosológica de evolución crónica, infecciosa o no. Entre las entre otros.

Grupo III. Enfermo:

Enfermedades de mayor importancia sobresalen las enfermedades no transmisibles de larga evolución como la HTA, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el asma bronquial, la epilepsia, las nefropatías crónicas y muchas otras.

Grupo IV. Con deficiencia, incapacidad o secuela:

Se trata de personas que padecen alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o síquicas. Es un proceso dinámico influido por múltiples variables que se pueden presentar en un sujeto como consecuencia de una enfermedad o factor externo de naturaleza diversa. En este grupo obviamente se incluyen sujetos que padecen enfermedades crónicas o agudas en las que se presentan condiciones que provocan un grado de limitación mayor en el paciente (complicaciones y secuelas que determinan un estado de incapacidad variable).⁴

La discapacidad es un fenómeno de incidencia cada vez mayor y de alta vulnerabilidad en la población general y se vislumbra como uno de los principales problemas del futuro al cual se le ha estado dando cada vez mayor atención. Se recomienda tener en cuenta los criterios actuales de la OMS para la clasificación internacional de discapacidades, que establece 3 categorías: deficiencia, discapacidad y minusvalía. La discapacidad: es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Se caracteriza por exceso o insuficiencias en el desempeño y comportamiento de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos.

La discapacidad concierne aquellas habilidades, en forma de actividades y comportamientos compuestos, que son aceptados por lo general como elementos esenciales de la vida cotidiana.

La deficiencia: es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser corporales, temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la

exteriorización de un estado patológico y, en principio, refleja perturbaciones al nivel de órgano o estructura corporal.

Finalmente la minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales). La minusvalía está en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o *status* del individuo, y las expectativas del individuo mismo o del grupo concreto al que pertenece.

La minusvalía representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y como tal refleja las consecuencias -culturales, sociales, económicas y ambientales que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia o discapacidad.

Cabría mencionarse a modo de ejemplo las deficiencias musculo esqueléticas debidas a hemiplejía ocasionada por una enfermedad cerebro vascular isquémica como consecuencia de una lesión de la arteria cerebral media por arteriosclerosis, las deficiencias musculo esqueléticas provocadas por la amputación de un miembro inferior como consecuencia de un accidente o en un paciente diabético con una gangrena gaseosa, o las deficiencias del lenguaje provocada por afasia mixta u otras afecciones neurológicas.⁵

Seguimiento individual

Como principio, el seguimiento de cada persona dispensarizada debe establecerse a partir de una adecuada evaluación integral de su estado de salud, basado en un enfoque de riesgo. Una frecuencia mínima de evaluaciones a las personas, teniendo en cuenta su ubicación en los diferentes grupos dispensariales. Puede variar ante la modificación de las condiciones que determinaron su ubicación en una categoría específica.

La evaluación de los sujetos pertenecientes al grupo I, en consulta o terreno, incluye un interrogatorio y un examen físico minuciosos, incluso la indicación de

exámenes complementarios (si así se considera), en busca de características de riesgo o daño. Al mismo tiempo este encuentro debe aprovecharse para orientar o reforzar hábitos y conductas que favorezcan un estilo de vida saludable.

Las personas con riesgo de enfermar (grupo II) deben ser evaluadas según el tipo y la magnitud del riesgo presente, y la confluencia o no de múltiples factores que puedan constituir una amenaza para su salud.

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

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

Debe quedar claro que en todo el proceso de dispensarización deben participar los especialistas correspondientes, el ginecoobstetra, el pediatra u otro especialista, según el problema de que se trate, decidirán la estrategia de seguimiento del caso en cuestión y garantizarán conjuntamente, la calidad en la ejecución de este proceso.⁵

Acciones a desarrollar en cada grupo:

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

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

De esta forma, se puede afirmar que en los casos del grupo IV son necesarias, primordialmente, acciones de rehabilitación, pero a su vez, en ellos también se puede promover salud y realizar acciones de prevención en cualquiera de sus 3 niveles; sin embargo en los individuos supuestamente sanos o en riesgo (grupos I y II) las acciones a aplicar son básicamente estas últimas, las que en el marco de la consulta de atención primaria se deben expresar fundamentalmente a través del consejo médico, elemento muchas veces subestimado o ignorado, pero de probada eficacia en el difícil empeño por modificar estilos de vida. Lógicamente no existe un esquema para delimitar la magnitud de las actividades a desarrollar en cada grupo y mucho menos en cada persona en particular.⁵

VII. Diseño metodológico

Tipo de estudio:

El diseño del estudio es cuantitativo, tipo descriptivo ya que describe el problema, donde se manifiesta, donde se encuentra ubicado y a quienes afecta dicho problema.

De corte transversal porque se encuentra en un determinado periodo de tiempo.

Área de estudio:

Es el centro de salud Félix Pedro Picado de la ciudad de León, ubicado en el área urbana de Sutiava, limita al norte con la casa indígena de Sutiava, al sur con la iglesia San Juan Bautista, al este con la farmacia Santa Lucía y al oeste con el asilo de anciano. Está conformado por 10 sectores atendiendo una población total de 42,582 habitantes.

Unidad de análisis:

Fue el personal médico y de enfermería que atienden en los diferentes sectores que abarca el territorio de Sutiava.

Población de estudio:

Está conformada por 59 personas, correspondiente a 29 médicos y 30 enfermeras que laboran en el territorio Félix Pedro Picado.

Criterios de inclusión:

Personal Médico que trabaje en el Centro de Salud de Sutiava.

Personal de Enfermería que trabaje en el Centro de Salud de Sutiava.

Procedentes del departamento de León.

Que brinden atención en los diferentes sectores y puestos del centro de salud.

Que acepten participar en el estudio.

Fuente de información:

Primaria: Encuesta realizada al personal en estudio.

Secundaria: la revisión de documentos, libros, internet.

Variables de estudio:**Dependiente:**

Componente provisión de servicios de salud.

Independientes:

Conocimiento del proceso de dispensarización.

Prácticas del proceso de dispensarización.

Método de recolección de la información:

La recolección de la información se llevo a cabo mediante una encuesta a los sujetos del estudio previa autorización de cada uno. La información se recolecto mediante la visita al centro de salud donde se solicito el consentimiento de los sujetos de estudio para su participación, se les explico el motivo de la visita, obteniéndose los datos de fuentes primarias a través de una encuesta personal con preguntas cerradas, cada una teniendo varias opciones de respuestas de las cuales los encuestado tuvieron que escoger la que mejor describiera su propia situación.

Prueba piloto:

Antes de aplicar el instrumento se realizo una encuesta con preguntas cerradas a las que se les hizo una prueba piloto para realizar ajustes, la prueba se le aplico a 5 trabajadores de otra unidad de salud con el fin de mejorar la redacción de la encuesta y lograr que esta sea clara para todos los encuestados y lograr que todos interpreten las preguntas de la misma manera.

Procesamiento de la información:

Los datos se introdujeron en el programa computarizado Excel para el posterior análisis de la información y obtener los resultados de este estudio.

Aspectos éticos:

Valor social o científico:

Se considera que el estudio tendrá importancia social y clínica, porque los resultados permitirán fortalecer la aplicación del modelo de atención a la salud

comunitaria e individual, para mejorar las condiciones de vida y el bienestar de la población.

Validez científica:

El problema es coherente a una necesidad social, implica a su vez un marco teórico suficiente basado en fuentes documentales y de información con un lenguaje cuidadoso y tiene correspondencia entre la realidad social de los sujetos investigados.

Selección equitativa de los sujetos:

Los participantes en el estudio fueron seleccionados por la correspondencia práctica con el problema planteado.

Consentimiento informado:

A todos los participantes en el estudio se le solicitó su consentimiento informado previa información de los objetivos del estudio, asegurándosele la total confidencialidad y asegurándosele que los resultados obtenidos serán conocidos únicamente por los autores y utilizados solo para fines de estudio.

Respeto a los sujetos inscritos:

A todos los participantes en el estudio se les respetó su forma de pensar permitiendo que el sujeto cambiase de opinión, de acceder a participar o no en la investigación.

VIII. Resultados

En relación a los aspectos socio demográficos se encontró que en las edades 30 (50.8%) corresponden al grupo de 36-55 años respectivamente, 21 (35.5%) corresponden al grupo de 20 -35 años y 8 (13.5%) corresponde al grupo de 56 a más edad.

46 (77.9%) corresponden al sexo femenino y 13 (22.0%) son del sexo masculino.

En relación a la procedencia 48 (81.3%) son del área urbana y 11 (18.6%) son del área rural.

En relación a la ocupación tenemos que 29 (49%) son médicos y que 30 (50.8%) forman parte del personal de enfermería.

(Ver grafico 1).

42 (71.1%) consideran que el proceso de dispensarización es una evaluación dinámica, continua y organizada del estado de salud, 11(18.6%) lo consideran que es un proceso dirigido a personas enfermas y 6 (10.1%) lo consideran un conjunto de medidas asistenciales.

(Ver grafico 2).

En relación al indicador características del proceso de dispensarización tenemos que 25 (42.3%) consideran que es el registro de un núcleo familiar, 13 (22.0%) lo indican como evaluación individual y 21(35.5%) lo indican como una intervención de los individuos dispensarizados.

(Ver grafico 3).

16 (27.1%) indican que el método de registro tiene como finalidad caracterizar socio-demográficamente a la población, 26 (44.0%) indican que refleja las características estructurales de la vivienda, y 17 (28.8%) dicen que se refiere al funcionamiento familiar.

(Ver grafico 4)

30 (50.8%) indicó que el método de evaluación consiste en ser un examen integral de cada persona, 24 (40.6%) considera que es el abordaje biológico,

psicológico y social del individuo, 5 (8.4%) dicen que es una evaluación del entorno del paciente.

(Ver grafico 5).

29(49%) consideran que el método de intervención se centra en orientar al individuo medidas para promover la salud, 14(23.7%) plantean que brinda atención a la persona enferma únicamente y (27.1%) dicen que brinda acciones educativas y terapéuticas.

(Ver grafico 6)

34 (57.6%) indico que el metodo de seguimiento es un metodo continuo de atencion, 14 (23.7%) indico que se enfoca en variaciones del estado de salud-enfermedad y 12 (20.3%) indico que brinda respuestas a medidas de prevencion en salud previamente aplicadas.

(Ver grafico 7)

23 (38.9%) indico conocer como principios basicos de la dispensarizacion profilactico,dinamico, y continuo, 11 (18.6%) lo indico como un proceso individualizado,integral y universal, y 25 (42.3%) indico conocer todos los principios basicos de la dispensarizacion.

(Ver grafico 8)

30 (50.8%) señalo conocer todas las categorias dispensariales, 15 (25.4%) indico conocer unicamente aparentemente sano, con riesgo como categorias dispensariales y 14 (23.7%) indico conocer enfermo, con deficiencia como categorias dispensariales.

(Ver grafico 9).

36 (61.0%) indico que logran el seguimiento individual a partir de una adecuada evaluacion del estado de salud del paciente, 12(20.3%) indico que se toma en cuenta la ubicación en cada grupo dispensarial y 11 (18.6%)

indico que se logra mediante frecuencias minimas de evaluaciones basadas en enfoque de riesgo.

(Ver grafico 10).

59 (100%) del total de la poblacion indico que practica el proceso de dispensarizacion.

(Ver grafico 11)

49 (83.0%) indico que el proceso de dispensarizacion se realiza mediante la visita casa a casa, 11 (18.6%) indico que se realiza mediante el registro del paciente y un 0% del total de la poblacion no tomo en cuenta la evaluacion del entorno como parte de la realizacion del proceso de dispensarizacion.

(Ver grafico 12)

25 (42.3%) indico que se evalua a la familia durante el proceso de dispensarizacion, 19 (32.2%) indico que se evalua el entorno en que vive la familia y 15 (25.4%) indico que se evaluan los factores de riesgo durante la dispensarizacion.

(Ver grafico 13)

41 (69.4%) indico que se realiza consejeria familiar e individualizada para promover estilos de vida saludable, 8 (13.5%) indico que se debe eliminar condiciones que favorece enfermedades, y 10 (16.9%) indico que se debe brindar atencion medica individualizada y por grupo de edad.

(Ver grafico 14)

35 (59.3%) indico que se logra clasificar al paciente en cada grupo dispensarial mediante su estado de salud , 10 (16.9%) indico que se logra mediante su estilo de vida, y 14 (23.7%) indico que se logra mediante su exposicion a riesgo.

(Ver grafico 15)

IX. Análisis de los resultados

En base a los resultados socio demográfico:

Podemos decir que la mayoría de los encuestados son del personal de enfermería, en edad media de 36-55 años, predominando el sexo femenino, pertenecientes al sector urbano.

En base al conocimiento del proceso de dispensarización:

Según Ricardo Batista Moliner la dispensarización se caracteriza por ser un registro, por aplicar una evaluación, realizar intervenciones y brindar un seguimiento de los individuos dispensarizados. La mayoría de los encuestados indicó que la dispensarización es un proceso de evaluación, dinámica, organizada y continua del estado de salud, existiendo una minoría que lo refleja como un proceso dirigido a personas enfermas y un conjunto de medidas asistenciales para proteger la salud, es importante resaltar que esta minoría no está clara del concepto del proceso de dispensarización ya que están obviando las características del proceso de dispensarización y las enfocan como un proceso de atención.

Según las características del proceso de dispensarización:

La mayoría de los encuestados consideran como característica principal el registro de un núcleo familiar, seguido por una intervención y seguimiento de los individuos dispensarizados, y una minoría considero como característica la evaluación individual y por grupo de edad, obviando que todas ellas forman parte del proceso dispensarial.

En relación a las características socio-demográficas.

Ricardo Batista Moliner uno de los autores de la dispensarización como una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad nos dice que esta se considera un registro porque recoge en un censo las características socio-demográficas de las personas que atiende el equipo de salud, agrupadas por familia y en estrecha relación con el entorno que integran una comunidad. La mayoría de los encuestados consideran que se deben priorizar las

características estructurales de la vivienda, factores de riesgo y enfermedades que padecen, sin obviar que también consideran que debe tomarse en cuenta el funcionamiento familiar y características socio-demográficas de las personas.

En base al método de evaluación:

Se le llama evaluativo porque contempla un examen integral de cada persona independientemente de su estado de salud y aborda al individuo biológica, psicológica y socialmente lo que posibilita clasificarlo en diferentes categorías dispensariales, se encontró que la mayoría de los encuestados considero que este método consiste en un examen integral de cada persona, además de que este supone una evaluación del entorno del paciente, como lo refiere la bibliografía los encuestados tomaron en cuenta todos los parámetros mencionados.

En cuanto al método de intervención:

El método de intervención prevé la orientación de medidas al individuo para promover salud, evitar daños, tratando de modificar positivamente o eliminar cualquier condición que pueda favorecer la enfermedad. Tenemos que la mayoría de los encuestados mencionaron que se debe orientar al individuo dispensarizado medidas para promover la salud, considerando que se deben realizar acciones educativas y terapéuticas, sin embargo una minoría considero que se debe brindar atención a la persona enferma únicamente.

En relación al proceso de seguimiento:

Este proceso es continuo porque es donde se producen los ajustes sistemáticos de la atención en dependencia de las variaciones del estado de salud-enfermedad. Tenemos que el personal en estudio estimo en su mayoría que este es un método continuo de atención, indicando que este brinda respuesta atreves de las medidas de prevención en salud previamente aplicadas, y una minoría menciona que este método se enfoca en variaciones del estado de salud-enfermedad.

El proceso de dispensarización se encuentra sustentado por los principios siguientes: profiláctico, dinámico, continuo, individualizado, integral, universal, atención en equipo. Tenemos que el personal en estudio en su mayoría tiene conocimiento de todos los principios del proceso de dispensarización, sin embargo se encontró que una parte de los encuestados señaló conocer solamente algunos de ellos.

Las categorías dispensariales son únicamente 4: aparentemente sano, con riesgo, enfermo, con deficiencia, incapacidad o secuela. Tenemos que el personal en estudio en su mayoría señalaron conocer todas las categorías dispensariales, sin embargo existe una minoría que estimo conocer algunas de estas categorías, dejando a un lado que las categorías dispensariales indican en general el estado de salud de las personas dispensarizadas.

En base al seguimiento individualizado:

Tenemos que la mayoría de los encuestados señalaron que el seguimiento individualizado como principio se logra a través de una adecuada evaluación del estado de salud del paciente, unos pocos señalaron que se debe tomar en cuenta la ubicación en los grupos dispensariales y que este se realice mediante frecuencias mínimas de evaluaciones, dejando a un lado que la evaluación integral del estado de salud del individuo es de importancia para lograr modificaciones en su estado de salud.

Dentro de las prácticas del proceso de dispensarización:

El proceso dispensarial en definitiva contribuye a mejorar el estado de salud individual y consecuentemente el de la población. Tenemos que el total de la población ha practicado el proceso de dispensarización.

En base a la realización del proceso de dispensarización:

La entrega de los servicios de salud a la población requiere ser organizado teniendo en cuenta las necesidades de la población, niveles de pobreza, acceso geográfico y cultural de los servicios de salud. Tenemos que el personal en estudio realiza en su mayoría el proceso de dispensarización

mediante la visita casa a casa, una minoría lo hace mediante el registro del paciente en la hoja de dispensarizados y mediante la evaluación del entorno en que el paciente se encuentra, tomando en cuenta que todas ellas se realizan durante el trabajo de campo a través del contacto directo con la persona a dispensarizar.

En relación a la evaluación durante la dispensarización:

Se debe considerar a la población en términos de la persona, familia y comunidad como sujetos de la atención. Las variables que el personal en estudio en su mayoría evalúa durante la dispensarización es la familia, y una minoría de los encuestados toman en cuenta la evaluación del entorno en que vive la familia y los factores de riesgo a los que se encuentran predispuestos, sin enfocarse en la familia como motor central de la promoción de la salud, mediante el cual las personas y las comunidades se apropian de los medios e instrumentos necesarios para estar en condiciones de ejercer mayor control sobre los determinantes de la salud.

Promoción de estilos de vida saludable:

La provisión de los servicios contempla la realización de las acciones de promoción de hábitos y estilos de vida saludable, protección frente a las enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación de discapacidades. tenemos que el personal en estudio en su mayoría consideraron como actividad principal para promover estilos de vida saludable la consejería familiar e individualizada, sin embargo una minoría de los encuestados refirieron que deben eliminarse las condiciones que favorecen enfermedades y se debe brindar atención médica individualizada por grupo de edad.

Clasificación de los grupos dispensariales:

El proceso de dispensarización identifica los riesgos y daños a la salud de cada persona, mediante procedimientos de observación, exploración física e instrumental, interpretación y análisis de resultados. encontramos que la mayoría del personal encuestado logra clasificar al paciente en los grupos dispensariales según su estado de salud, y una minoría consideran que la

clasificación del paciente en los grupos dispensariales se logra a partir de su estilo de vida y de su exposición al diferentes factores de riesgo.

X. Conclusiones

De las dos profesiones en estudio el mayor porcentaje de participantes fueron enfermeras, predominando el sexo femenino, perteneciente al área urbana.

La mayoría del personal de salud conoce el proceso de dispensarización según normas, sin embargo existe una minoría que considera este proceso como curativo sin enfocarse que este se encuentra dirigido a mejorar el estado de salud de las personas mediante la promoción y prevención.

El personal de salud en su mayoría tiene conocimiento sobre las categorías dispensariales y el seguimiento individualizado, existiendo una minoría de personal que refleja conocer solo algunas de las categorías dispensariales, manifestando que el seguimiento individual se logra tomando en cuenta otros parámetros como la ubicación en los grupos dispensariales y frecuencias mínimas de evaluaciones.

En base a la práctica que realiza el personal de salud se concluye lo siguientes:

El total de la población practica el proceso de dispensarización, la mayoría de los encuestados señalo que este se realiza en el trabajo de campo mediante la visita casa a casa en la cual se evalúa a la familia, Considerando que en las intervenciones se debe brindar consejería familiar e individualizada para promover estilos de vida saludables y que la clasificación del paciente en cada grupo dispensarial se logra a través de la valoración del estado de salud.

Debe destacarse que una parte del personal en estudio indico que este proceso se realiza mediante el registro del paciente, evaluando el entorno en que vive la familia dispensarizada así como sus factores de riesgo, que se debe eliminar condiciones que favorecen enfermedades y brindar atención medica individualizada para promover estilos de vida saludables.

XI. Recomendaciones

Al director del centro de salud:

Informar los resultados del presente estudio al personal médico y de enfermería del centro de salud Félix Pedro Picado, para que estos sirvan como insumos de auto-evaluación del proceso de dispensarización.

Fomentar en el personal médico y de enfermería la participación activa y continua en el seguimiento del paciente.

A la jefa de enfermería del centro de salud Sutiava:

Destacar el esfuerzo del personal de enfermería como principal ejecutor del proceso de dispensarización en los diferentes sectores y áreas en las que se encuentran ubicadas, otorgando atención con calidad y calidez a la persona, familia y comunidad.

Fortalecer mediante la educación permanente del personal las características del proceso de dispensarización.

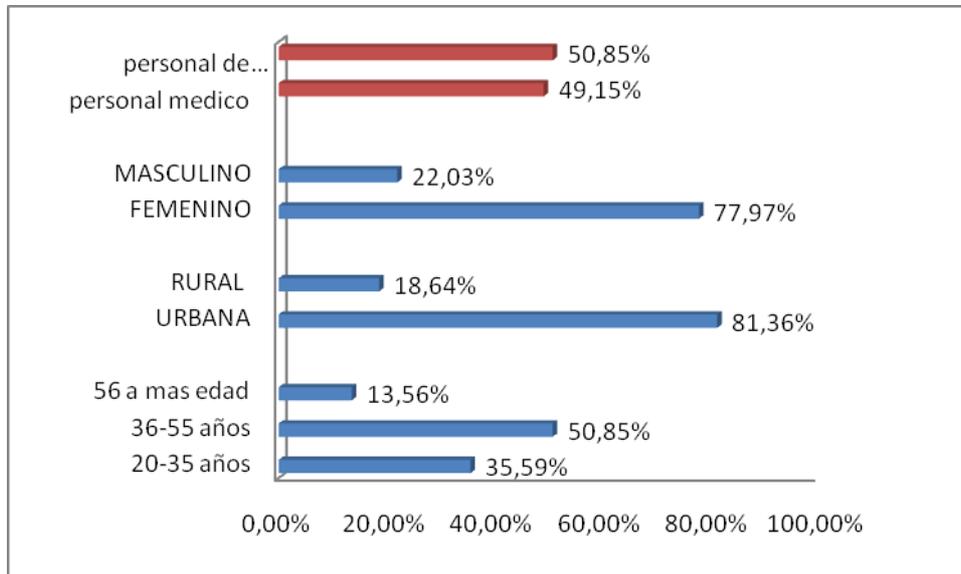
XII. BIBLIOGRAFIA

1. Nicaragua. Ministerio de salud. Marco conceptual del modelo de salud familiar y comunitario (MOSAFC). Minsa.Managua, julio 2008.
2. OMS Dra.; Margaret Chan, informe de los modelos de salud en el mundo, Suecia 2009.
3. Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) y la Estrategia ...
<http://nicaragua.nutrinet.org/publicaciones/publicaciones/Modelo-de-Salud-Familiar-y-Comunitario>.
4. la dispensarizacion: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. Ricardo Batista Moliner, Félix Sanso Soberats, Pablo Feal Cañizares, Alcides Lorenzo y Héctor Corratgé Delgado. Lecturas ...
<http://courseware.url.edu.gt/Facultades/Facultad%20de%20Ciencias%20de%20la%20Salud/Objetos%20de%20Aprendizaje%20Varios/Relato%20familiar/03%20Relato%20PFAS/dispensarizacin.html> Encontrado en Google.
5. modelo de salud .Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) Managua, Febrero del 2007
http://new.paho.org/nic/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=230&Itemid=235.
6. Diccionario enciclopédico, edición del milenio, océano uno.pags 415,1301.

ANEXOS

Grafico 1

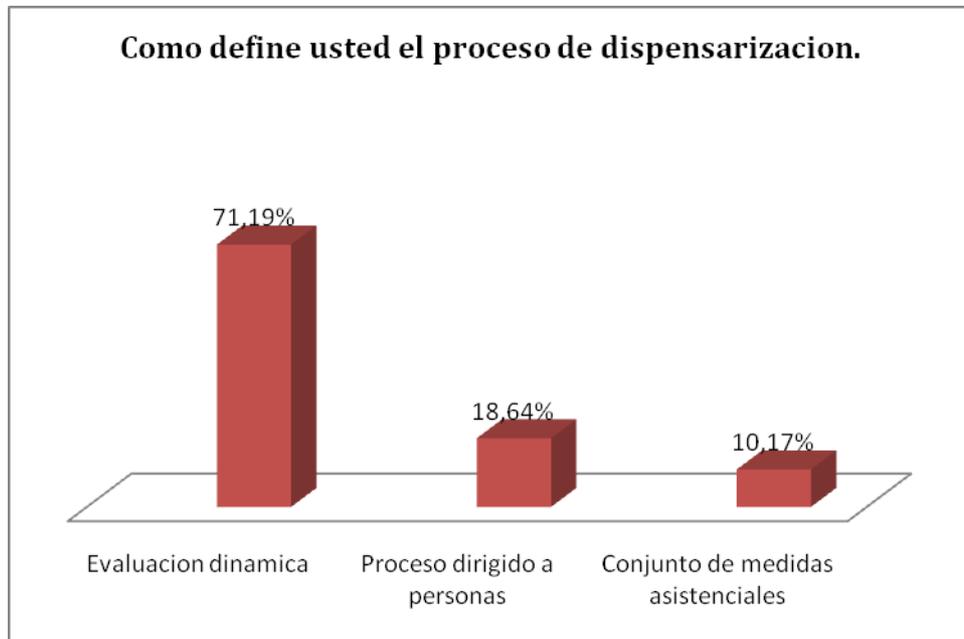
Aspectos socio-demográficos del personal médico y de enfermería que labora en el Centro de Salud Félix Pedro Picado.



Fuente: encuesta.

Grafico 2

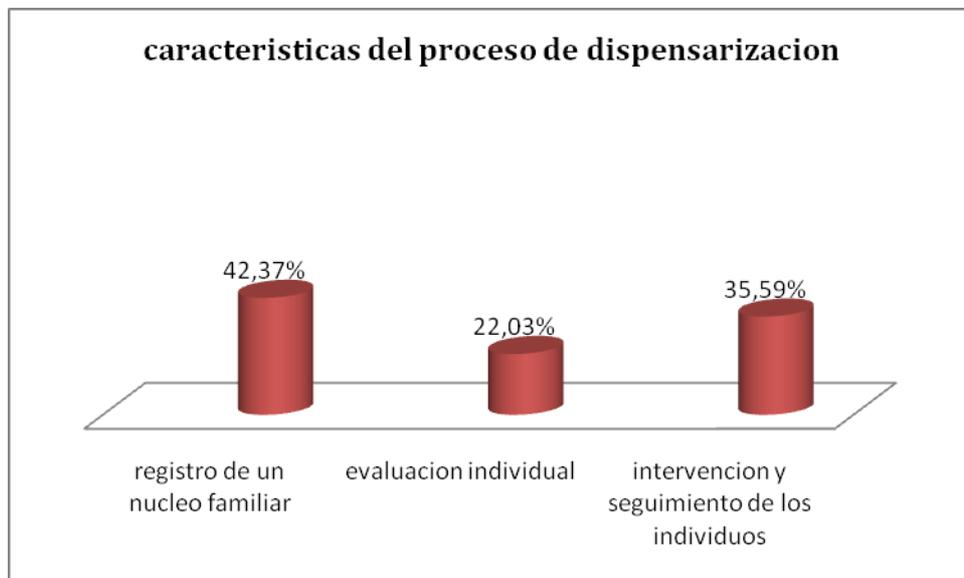
Conocimiento del proceso de dispensarizacion, médicos y enfermeras relacionado al componente provisión de servicios, Centro de Salud Félix Pedro Picado.



Fuente: encuesta

Grafico 3

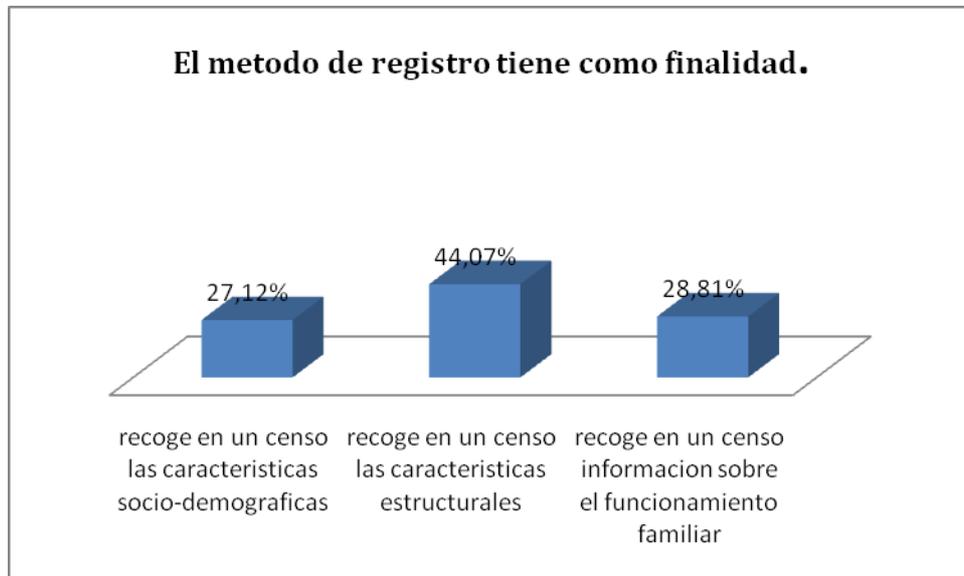
Conocimientos de las características del proceso de dispensarizacion, médicos y enfermeras relacionado al componente provisión de servicios, Centro de Salud Félix Pedro Picado.



Fuente: encuesta

Grafico 4

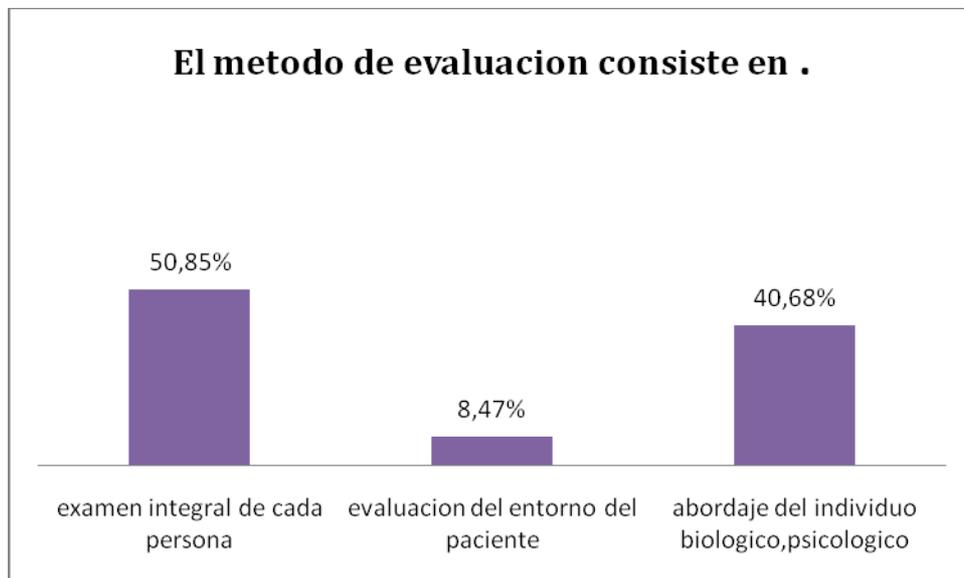
Conocimiento de la finalidad del método de registro, médicos y enfermeras relacionado al componente provisión de servicios, Centro de Salud Félix Pedro Picado.



Fuente: encuesta

Grafico 5

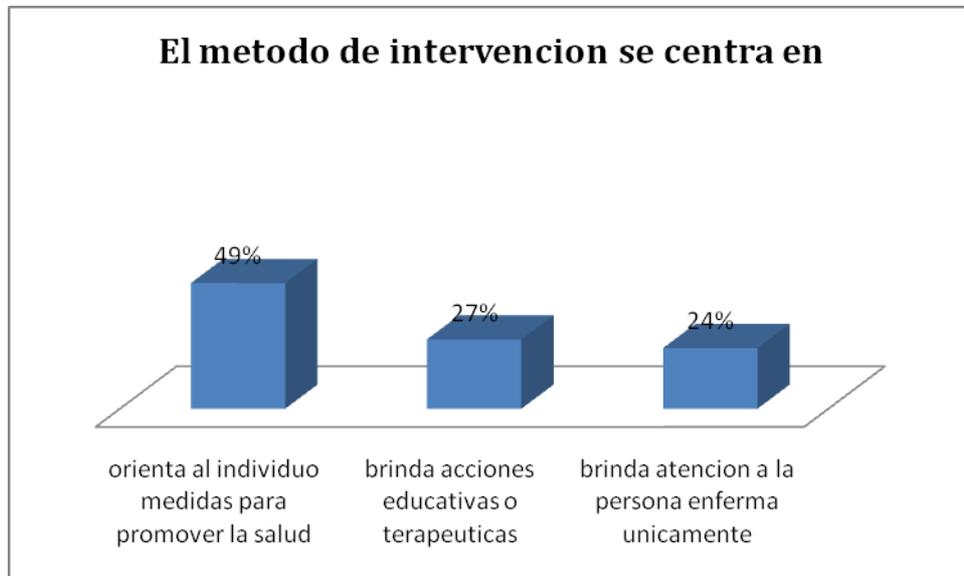
Conocimiento del método de evaluación, relacionado al componente provisión de servicios, médicos y enfermeras, Centro de Salud Félix Pedro Picado.



Fuente: encuesta

Grafico 6

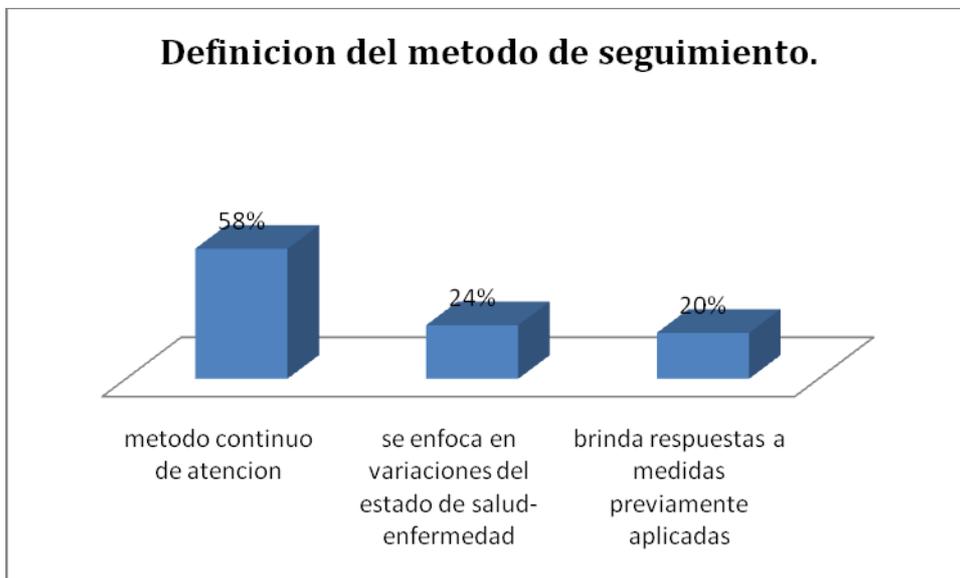
Conocimientos del método de intervención relacionado al componente provisión de servicios, médicos y enfermeras, Centro de Salud Félix Pedro Picado.



Fuente: encuesta

Grafico 7

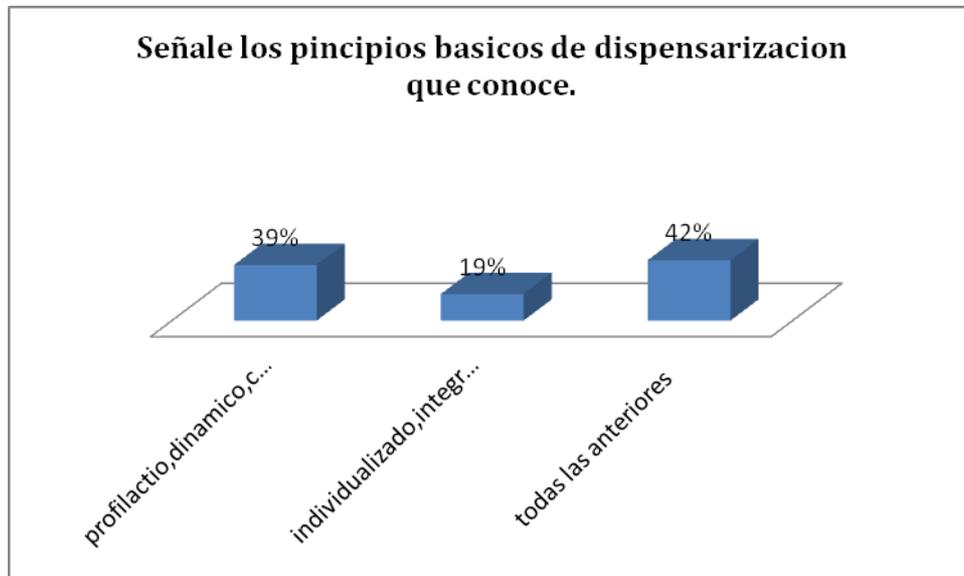
Conocimiento del método de seguimiento, médicos y enfermeras relacionado al componente provisión de servicios, Centro de Salud Félix Pedro Picado.



Fuente: encuesta

Grafico 8

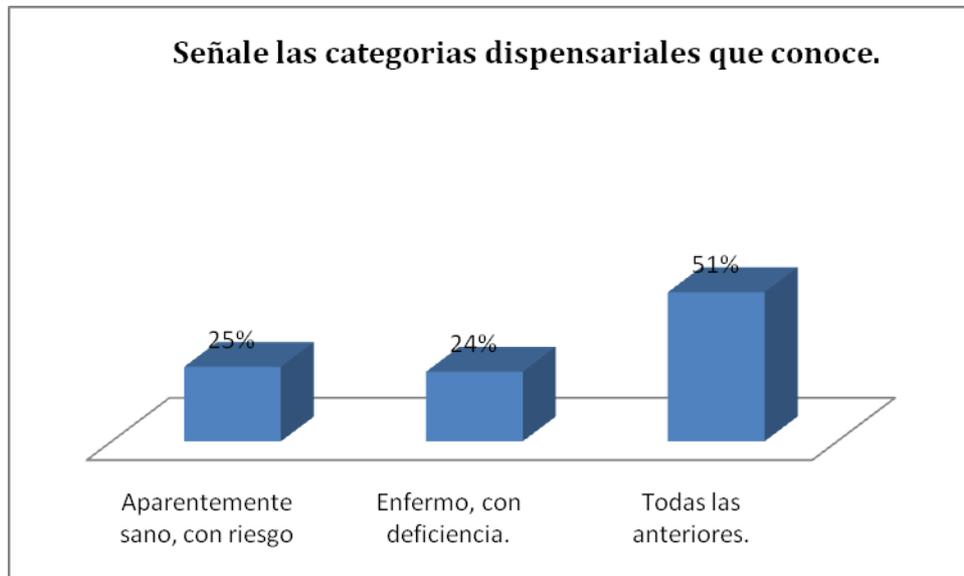
Conocimiento de los principios básicos de la dispensarizacion, médicos y enfermeras relacionado al componente provisión de servicios, Centro de Salud Félix Pedro Picado.



Fuente: encuesta

Grafico 9

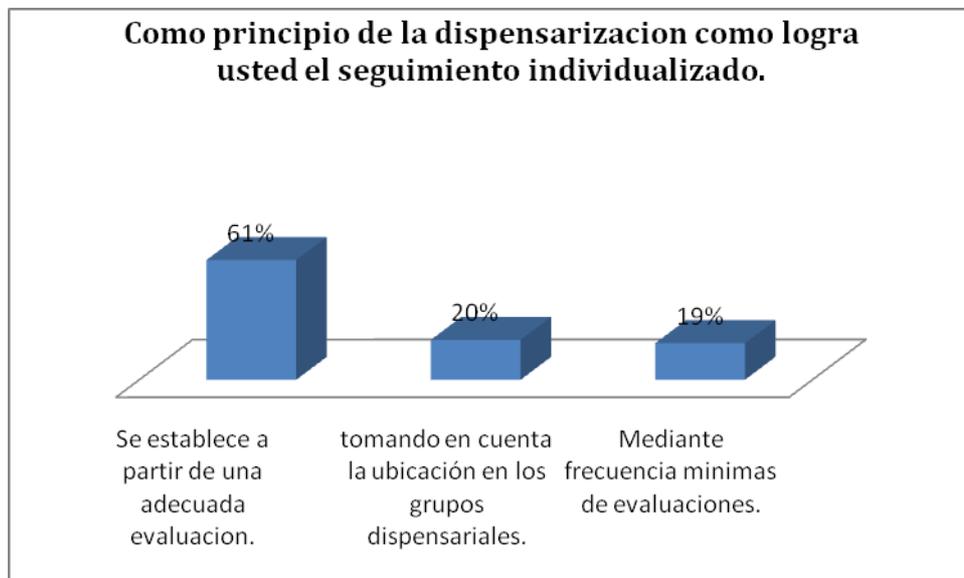
Conocimiento de las categorías dispensariales relacionado al componente provisión de servicios, médicos y enfermeras, Centro de Salud Félix Pedro Picado.



Fuente: encuesta

Grafico 10

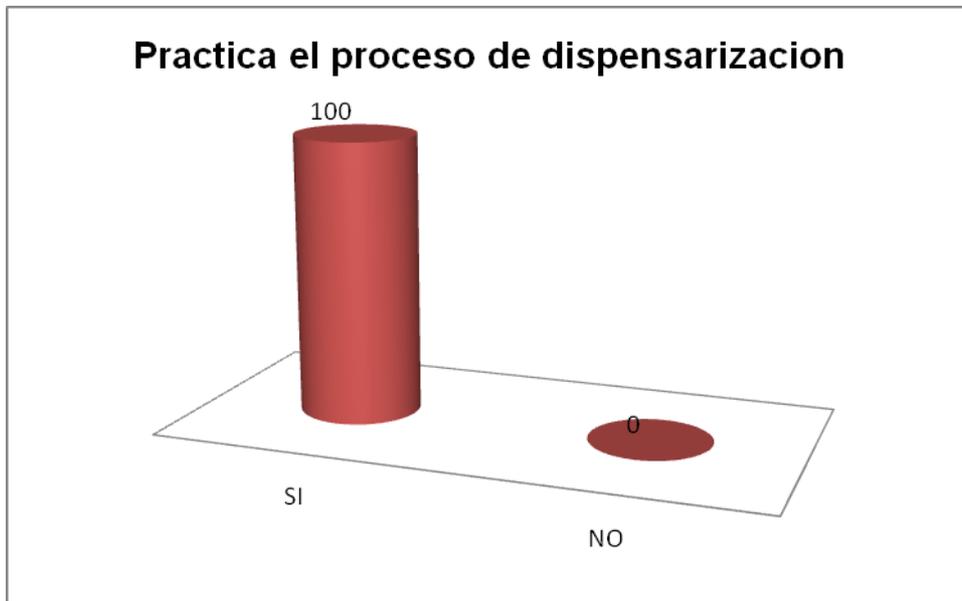
Forma de lograr el seguimiento individualizado relacionado al componente provisión de servicios, médicos y enfermeras, Centro de Salud Félix Pedro Picado.



Fuente: encuesta

Grafico 11

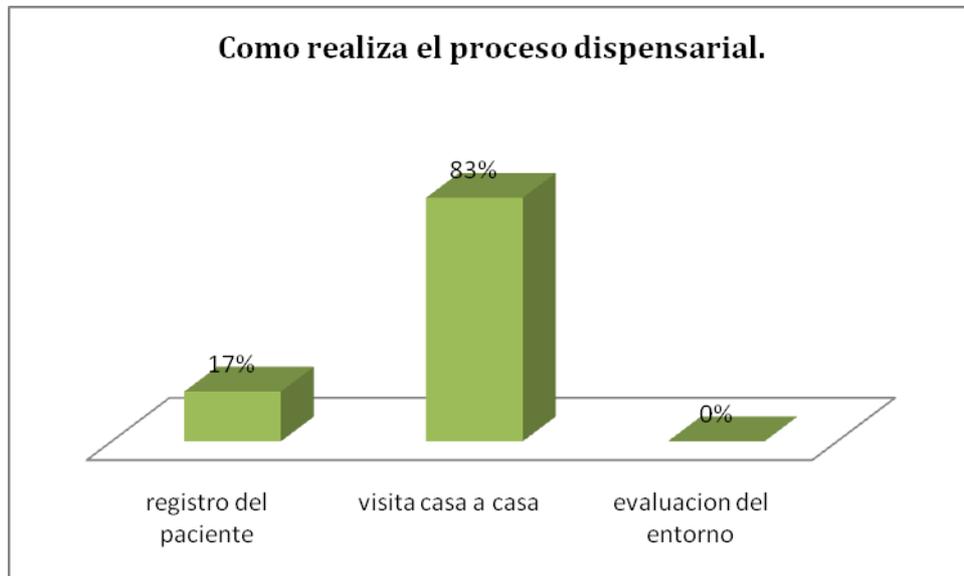
Práctica del proceso de dispensarización relacionado al componente provisión de servicios, médicos y enfermeras Centro de Salud Félix Pedro Picado.



Fuente: encuesta

Grafico 12

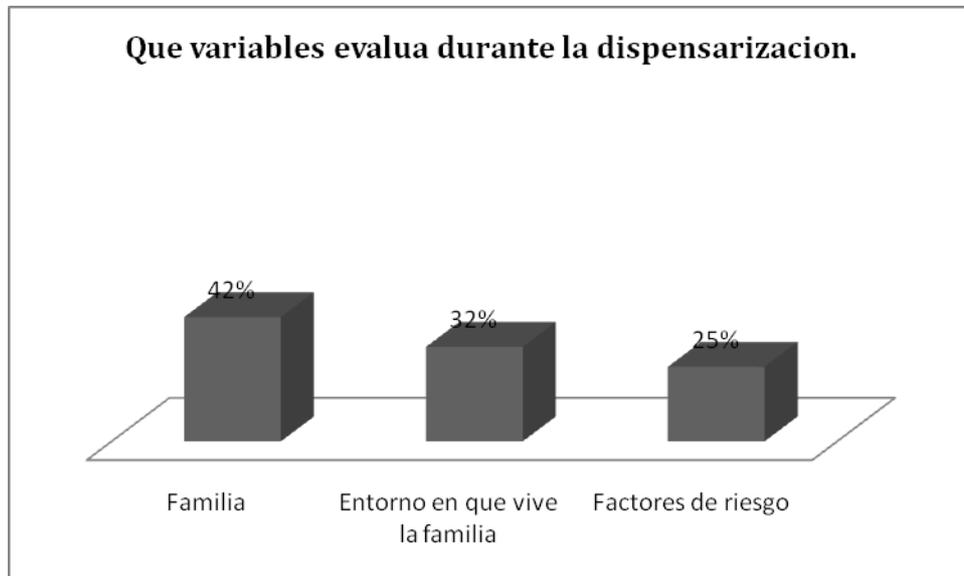
Metodologías que aplican en la realización del proceso de dispensarización relacionado al componente provisión de servicios, médicos y enfermeras, Centro de Salud Félix Pedro Picado.



Fuente: encuesta

Grafico 13

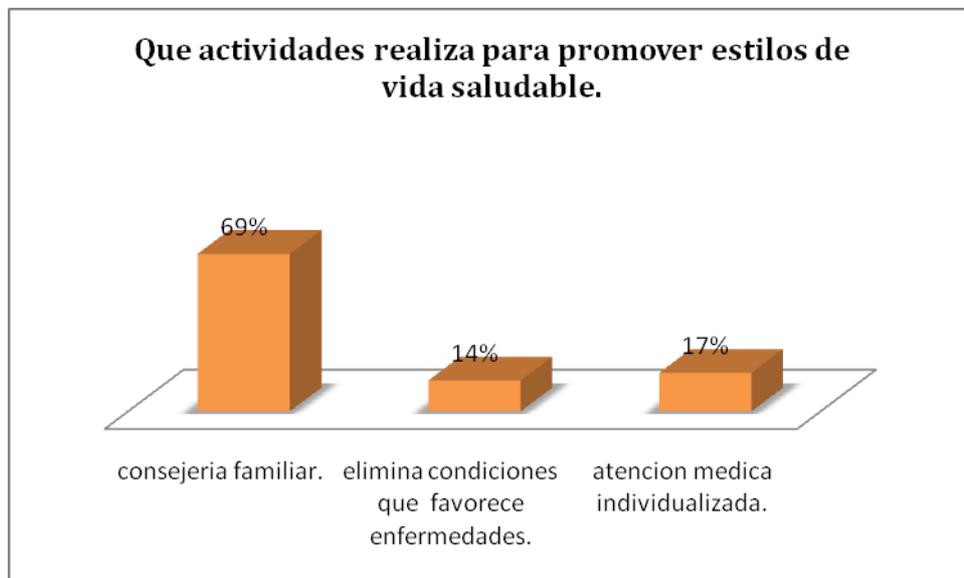
Variables que se evalúan durante el proceso de dispensarización relacionado al componente provisión de servicios, médicos y enfermeras, Centro de Salud Félix Pedro Picado.



Fuente: encuesta

Grafico 14

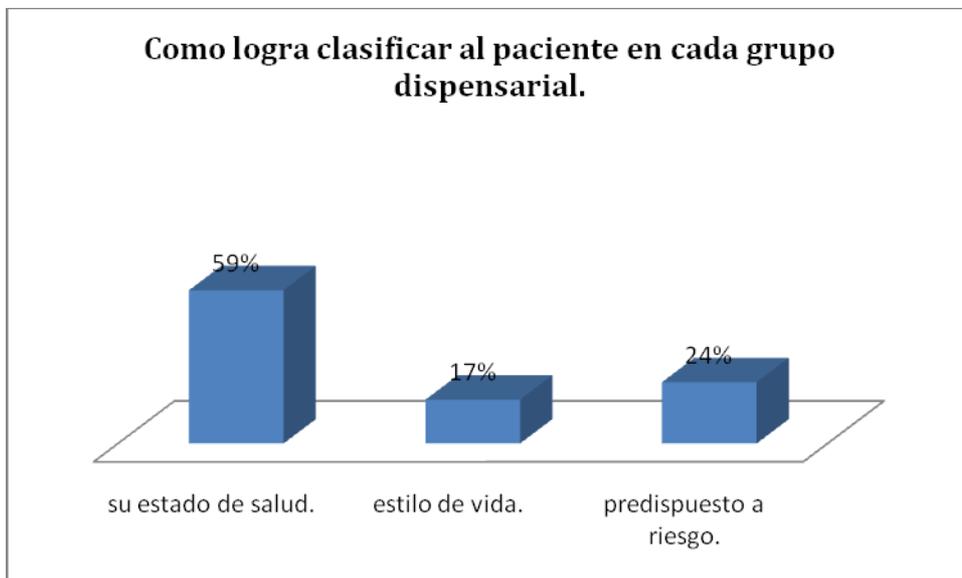
Actividades que se realizan para promover estilos de vida saludable en el proceso de dispensarización relacionado al componente provisión de servicios, médicos y enfermeras, Centro de Salud Félix Pedro Picado.



Fuente: encuesta

Grafico 15

Formas de clasificar al paciente relacionado al componente provisión de servicios, médicos y enfermeras Centro de Salud Félix Pedro Picado.



Fuente: encuesta

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	indicador	Escala
Aspectos socio-demográficos.	Características personales.	Edad Sexo Procedencia Ocupación	M____ F____ Urbana____ Rural____
Conocimiento sobre el proceso de dispensarización.	Conocimiento que tiene el personal de salud (médicos y enfermeras) sobre el proceso de dispensarización.	Conocimiento del proceso de dispensarización. Características del proceso de	Evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud. Proceso dirigido a personas enfermas o pertenecientes a grupos vulnerables. Conjunto de medidas asistenciales y de salud para proteger y fortalecer la salud. Registro de un núcleo familiar. Evaluación individual y por

		dispensarización.	grupo de edad. Intervención y seguimiento de los individuos dispensarizados. Recoge en un censo las características socio-demográficas de las personas. Recoge en un censo las características estructurales de la vivienda, factores de riesgo y enfermedades que padecen. Recoge en un censo información sobre el funcionamiento familiar y cultura sanitaria.
		Método de registro.	Examen integral de cada persona.
		Método de evaluación.	Evaluación del entorno del paciente. Abordaje del individuo biológico, psicológico y social.
		Método de intervención.	Orienta al individuo medidas para promover la salud. Brinda acciones

		<p>Método de seguimiento.</p> <p>Principios de la dispensarización.</p> <p>Categorías dispensariales.</p>	<p>educativas o terapéuticas.</p> <p>Brinda atención a la persona enferma únicamente.</p> <p>Método continuo de atención.</p> <p>Se enfoca en variaciones del estado de salud - enfermedad.</p> <p>Brinda respuesta a las medidas de prevención en salud previamente aplicadas.</p> <p>Profiláctico, dinámico, continuo.</p> <p>Individualizado, integral, universal.</p> <p>Todas las anteriores.</p> <p>Aparentemente sano, con riesgo.</p> <p>Enfermo, con deficiencia.</p> <p>Todas las anteriores.</p>
--	--	---	---

	<p>Practicas que realiza el personal de salud (médicos y enfermeras) en el proceso de dispensarizacion.</p>	<p>Seguimiento individual.</p> <p>Proceso dispensarial.</p> <p>Realización del proceso de dispensarizacion.</p> <p>Evaluación durante la dispensarizacion.</p>	<p>Se establece a partir de una adecuada evaluación integral del estado de salud del paciente.</p> <p>Se toma en cuenta la ubicación en cada grupo dispensarial.</p> <p>Se logra con frecuencias mínimas de evaluaciones basadas en enfoques de riesgo.</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>Registro del paciente.</p> <p>Visita casa a casa.</p> <p>Evaluación del entorno.</p> <p>Familia.</p> <p>Entorno en que vive la familia.</p> <p>Factores de riesgo.</p>
--	---	--	---

		<p>Intervención durante la dispensarización.</p> <p>Clasificación del grupo dispensarial.</p>	<p>Consejería familiar e individualizada.</p> <p>Elimina condiciones que favorecen enfermedades.</p> <p>Atención médica individualizada por grupo de edad.</p> <p>Su estado de salud.</p> <p>Estilo de vida.</p> <p>Predisuesto a riesgo.</p>
--	--	---	---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-LEON

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

ENCUESTA

La presente encuesta se ha elaborado con el objetivo de medir el conocimiento y práctica del proceso de dispensarización por médicos y enfermeras en relación a la provisión de servicios de salud del Centro de Salud Félix Pedro Picado de León Agosto – Septiembre 2012 .El aspecto ético involucrado es el anonimato y el respeto a su forma de pensar. Responderán a las preguntas marcando con una X en la casilla que considere indicada.

Encuestador: _____

Número de ficha: _____

I. Datos demográficos.

Edad: _____

Sexo: _____

Procedencia: Urbana: _____ Rural: _____

Ocupación:

Conocimiento.

1. ¿Cómo define usted el proceso de Dispensarización?

a) Es la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las persona_____

b) Proceso dirigido a personas enfermas o pertenecientes a grupos vulnerables_____

c) conjunto de medidas asistenciales y de salud para proteger y fortalecer la salud_____

2. ¿El proceso dispensarial tiene como características?

- a) Registro de un núcleo familiar_____
- b) Evaluación individual y por grupo de edad_____
- c) Intervención y seguimiento de los individuos dispensarizados_____

3. ¿El método de registro tiene como finalidad?

- a) Recoge en un censo las características socio demográficas de las personas_____
- b) Recoge en un censo las características estructurales de la vivienda factores de riesgo y enfermedades que padecen_____
- c) Recoge en un censo información sobre el funcionamiento familiar y cultura sanitaria_____

4. ¿En qué consiste el método de evaluación?

- a) Examen integral de cada persona_____
- b) Evaluación del entorno del paciente_____
- c) Abordaje del individuo biológico, psicológico y social_____

5. ¿En qué se centra el método de intervención?

- a) Orienta al individuo medidas para promover la salud_____
- b) Brinda acciones educativas o terapéuticas_____
- c) Brinda atención a la persona enferma únicamente_____

6. ¿De los siguientes enunciados cual define mejor el método de seguimiento?

- a) Método continuo de atención_____
- b) Se enfoca en variaciones del estado salud-enfermedad_____
- c) Brinda respuesta a las medidas de prevención en salud previamente aplicadas_____

7. ¿ Señale los principios básicos de la dispensarización que usted conoce?

- a) Profiláctico, dinámico, continuo____
- b) Individualizado, integral, universal____
- c) Todas las anteriores____

8. ¿ Señale las categorías dispensariales que conoce?

- a) Aparentemente sano, con riesgo____
- b) Enfermo, con deficiencia____
- c) Todas las anteriores____

9. ¿ como principio de la dispensarización como logra usted el seguimiento individualizado?

- a) Se establece a partir de una adecuada evaluación del estado de salud del paciente____
- b) Tomando en cuenta la ubicación en los grupos dispensariales____
- c) Mediante frecuencia mínimas de evaluaciones basadas en enfoque de riesgo____

II.

PRACTICA.

10. ¿ Practica usted el proceso dispensarial?

- a) Si____
- b) No____

11. ¿ Cómo realiza el proceso dispensarial?

- a) Registro del paciente____

- b) Visita casa a casa____
- c) Evaluación del entorno____

12. ¿Qué variables evalúa durante la dispensarización?

- a) Familia____
- b) Entorno en que vive la familia____
- c) Factores de riesgo____

13. ¿Qué actividades realiza para promover estilos de vida saludable?

- a) Consejería familiar e individualizada____
- b) Elimina condiciones que favorecen enfermedades____
- c) Atención médica individualizada por grupo de edad____

14. ¿Cómo logra clasificar al paciente en cada grupo dispensarial?

- a) Su estado de salud____
- b) Estilo de vida____
- c) Predispuesto a riesgo____

