

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas- León



*Tesis para optar al Título de:
"Doctor en Medicina y Cirugía"*

Necesidades de atención en salud de los adultos mayores con enfermedades crónicas que asisten al programa de dispensarizados en la ciudad de León.

Autores:

Bra. Jaqueline Ivette Mejía Espinales
Br. Mario José Mendiola Munguía

Tutor:

Dr. Juan Almendárez Peralta

León ,19 de Septiembre del 2006.

Agradecimiento

Queremos agradecer infinitamente a Dios por habernos dado la voluntad y la fuerza de haber iniciado y culminado satisfactoriamente nuestra tesis.

Agradecemos también a nuestros padres por habernos apoyado incondicionalmente en la realización de nuestra tesis, también agradecemos de forma especial al Doctor Juan Almendares por habernos orientado y aconsejado en la tutoría de nuestra tesis, así como al personal de salud que nos atendieron cordialmente para la obtención de toda la información necesaria para la elaboración de nuestro estudio.

Agradecemos la colaboración de los pacientes que nos apoyaron en proporcionarnos la información en todo momento con buena voluntad y desinteresadamente.

Índice

Contenido:	Pagina
❖ Introducción -----	1
❖ Planteamiento del problema-----	4
❖ Objetivos -----	5
❖ Marco teórico -----	6
❖ Diseño Metodológico -----	19
❖ Resultados -----	23
❖ Discusión de resultados -----	29
❖ Conclusiones -----	34
❖ Recomendaciones -----	35
❖ Bibliografía -----	37
❖ Anexos -----	39

Introducción

La vejez, muchas veces, es percibida como una situación angustiosa, estereotipada en imágenes de personas ancianas enfermas, inválidas, que sufren graves alteraciones emocionales, y que por sobre todo, representan una carga emotiva y económica para sus familias, sea que compartan el hogar con sus parientes, vivan solos(as) o estén internos(as) en instituciones especiales. Sin embargo es más frecuente la preocupación por este grupo poblacional debido a dos vertientes principales: por un lado el desarrollo del concepto de ciudadanía ligado al desarrollo de los derechos humanos, consagrada en las cartas magnas de los países desarrollados, sobre todos en los Europeos, donde la población de la tercera edad representa un porcentaje importante de la población de muchos países y al desarrollo de la medicina del adulto mayor con la gerontología a la cabeza.

En todo caso, la posibilidad que tienen los adultos mayores de alcanzar una buena calidad de vida, va a depender en gran medida de lo que es apropiado para los tiempos, de lo que es bueno y satisfactorio, tanto desde la óptica de los mayores en su calidad de usuarios, como desde las perspectivas y criterios profesionales de los planificadores políticos y sociales; y finalmente, de lo que es justo en el plano social¹.

En Nicaragua desde 1986 se ha desarrollado un programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles cuyos objetivos principales se orientan a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las principales enfermedades crónicas que afectan a la población² mejorando la calidad de vida de estos pacientes, muchas veces adultos mayores. Este programa fue diseñado por expertos del Ministerio de Salud de Nicaragua. A 19 años de su puesta en marcha los conceptos y abordajes de los problemas, así como los enfoques de calidad percibida por los usuarios de estos programas se han modificados sustancialmente.

Algunos estudios realizados sobre la calidad hacen diferentes aportaciones al estado actual del desempeño de los servicios, muchas veces en contradicción con los fines y objetivos del ministerio de Salud y de los programas de salud. Vale la pena preguntarnos, si las acciones de salud programadas en las actuales normas son adecuadas a las enfermedades y problemas de salud observados en estos pacientes, ¿Cuáles son las dificultades? ¿Es muy probable que la percepción de los problemas y necesidades que dieron origen a estos programas se hayan modificado con el pasar de los tiempos? En todo caso valdría la pena hacer una revisión a los abordajes conceptuales que existen alrededor de las necesidades de salud que se han percibido.

Esta información debería ser tomada en cuenta en los procesos de planificación estratégica y a la formulación de programas y proyectos.

La determinación de necesidades de una población va más allá de la identificación de los problemas de salud; requiere también de un análisis de los servicios y de los recursos disponibles³. Sin embargo este proceso es sumamente complejo debido a que, muchas veces, las personas que se encuentran interesadas en la solución de los problemas de salud y en el proceso de planificación de los servicios de salud son numerosas y representan a grupos con distintos intereses e influencias políticas. Estos elementos, entre otros, nos fuerzan a reconocer la dificultad de llegar a un consenso sobre las necesidades en salud de un grupo o una comunidad. Por otro lado los problemas sentidos y las necesidades en salud pueden surgir del punto de vista de actores dominantes proyectando una visión parcial de la situación real⁴.

El estudio se orienta a identificar las necesidades en salud que tienen los adultos mayores que asisten al programa de control de Enfermedades crónicas desde una variedad de percepciones. Los resultados del estudio podrán generar aportes a la participación social en el control de los factores de riesgos de descompensación de las enfermedades crónicas, el uso adecuado de los medicamentos, el seguimiento de dietas y ejercicios⁵ La reducción de los ingresos hospitalarios por descompensación y complicaciones.

Planteamiento del problema

¿Cuál es la percepción que tienen los adultos mayores con enfermedades crónicas sobre sus necesidades para llevar una vida sana?

¿Cómo perciben los proveedores de servicios del programa de enfermedades crónicas las necesidades de servicios del adulto mayor que está adscrito al programa?

¿Dónde se encuentran las dificultades para la satisfacción de esas necesidades?

Objetivos

Objetivo general:

Determinar las necesidades en salud que tienen el adulto mayor de la ciudad de León que asiste al Programa de Enfermedades Crónicas.

Objetivos específicos:

- 1) Valorar la calidad del cumplimiento de las actividades asistenciales normadas por el programa de enfermedades crónicas en la atención al adulto mayor.
- 2) Identificar las percepciones que tiene el personal de salud sobre los problemas y necesidades en materia de asistencia en salud que tiene el adulto mayor que asiste al programa de enfermedades crónicas.
- 3) Establecer los problemas y las necesidades en prevención, promoción, captación precoz y asistencia médica que percibe el adulto mayor que asiste al programa de atención de enfermedades crónicas.

Marco teórico

El concepto de Salud:

La mayoría de las definiciones de la salud que encontramos son poco útiles para la planificación de servicios, puesto que no son operativas. La definición que propone la Organización Mundial de la Salud es menos útil: “La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste solo en la ausencia de la enfermedad⁶”.

El término de salud toma diferentes connotaciones según los autores. Goldberg clasifica la mayoría de las definiciones en las siguientes formas:

- ✓ Un enfoque perceptual, que define la salud como una percepción de bienestar.
- ✓ Un enfoque funcional, que describe la salud como la capacidad funcional o el estado de capacidad óptima de un individuo ante el cumplimiento eficaz de las funciones y tareas para las que ha sido preparado.
- ✓ Un enfoque que utiliza el concepto de adaptación; que describe a la salud como la adaptación acertada y permanente de un organismo a su entorno. La enfermedad corresponde entonces a un defecto de adaptación⁷.

Dos definiciones retoman estos aspectos:

- ✓ Blue retoma estos aspectos y define la salud como “la capacidad de un individuo 1) para mantener un estado de equilibrio apropiado a su edad y a sus necesidades sociales, en el que este individuo está razonablemente indemne de profundas incomodidades, insatisfacciones, enfermedad o incapacidad y 2) de comportarse de

tal forma que asegure la supervivencia de su especie tan bien como su propia realización personal”⁸.

- ✓ Bonnevie establece que la salud resulta de una “capacidad comportamental que comprende los componentes biológicos y sociales, para cumplir las funciones fundamentales que sólo pueden serlo por un proceso de adaptación”⁹.

Sin embargo el hombre continúa siendo el mejor juez del grado de restricción del que está afectado en relación al ejercicio de sus actividades. De este modo, “un individuo de buena salud es aquel que es capaz de funcionar tan eficazmente como le es posible en su medio, y de consagrarse plenamente a sus proyectos”¹⁰. Esta definición aporta un elemento cualitativo importante a la medición de la salud que está fundamentado sobre la percepción que tiene el individuo de su propia funcionalidad. Sin embargo a pesar de que la salud es un concepto individual también es relativo y multidimensional.

Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud:

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del Sector Salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla. En los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoría, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros^{11, 12, 13}.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es

posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales¹⁴.

También, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención¹⁵.

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian en México¹⁶. El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone el autor (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura¹⁷.

Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad)¹⁸. En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquella abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los

costos de la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones¹⁹.

Motivación y Necesidades:

La motivación “es la voluntad para hacer un gran esfuerzo por alcanzar las metas condicionado por la capacidad del esfuerzo para satisfacer alguna necesidad personal”. La motivación es el resultado de la ínter-actuación del individuo y la situación. El grado de motivación varía de una persona a otra y de la misma persona en diferentes momentos. La motivación es un proceso para satisfacer necesidades. Si bien ninguna necesidad queda plenamente satisfecha jamás, una necesidad sustancialmente satisfecha ya no motiva, por lo tanto para motivar a alguien tendrá que comprenderse en qué nivel de necesidades se encuentra y centrarse en satisfacer esas necesidades.

Determinación de necesidades en salud:

La determinación de necesidades y el establecimiento de prioridades son dos elementos de la planificación estratégica cuya utilidad es precisar las orientaciones que hay que tomar ante la problemática de salud de una población o una comunidad determinada.

Aspectos conceptuales:

Se entiende como **problema** al estado de salud considerado deficiente por el individuo, la colectividad y por el personal de salud y **necesidad** se entiende como la desviación o la diferencia entre el estado óptimo, definido de forma normativa, y el estado actual o real. En este sentido, la necesidad representa lo que se requiere o se necesita para solucionar el problema identificado. La necesidad de salud produce a su vez una necesidad de servicios y una necesidad de recursos³.

Tipo de necesidades:

- 1) **La necesidad normativa:** Es la necesidad que identifica y define el experto, el profesional, el administrador, en relación a una determinada norma deseable u óptima. En este sentido el concepto de necesidad refleja el estado actual del conocimiento y de los valores de aquellos que la determinan.
- 2) **La necesidad sentida:** Se refiere a la percepción que tienen las personas sobre sus problemas de salud o lo que desean como servicios de salud.
- 3) **La necesidad expresada:** Equivale a la demanda de cuidados y de servicios, a la necesidad sentida que finaliza en un proceso de búsqueda de servicios.
- 4) **La necesidad comparativa:** Es la necesidad que un individuo o un grupo deberían tener, puesto que presentan las mismas características que otro individuo o grupo al que se ha identificado algunas necesidades²⁰.

La identificación de problemas de salud y la determinación de necesidades implican una evaluación de la extensión y la importancia de la diferencia existente entre el estado de salud actual y el estado de salud deseado. Es decir, que el estudio de las necesidades es una expresión comúnmente utilizada que, de hecho, tiene en cuenta primero los problemas para llegar posteriormente a determinar las necesidades. La primera etapa, la identificación de problemas de salud, se hace con la ayuda de instrumentos de medida; en la segunda etapa la determinación de las necesidades se analizan la significación que hay que darle a la información recogida^{8, 21}.

Características de la conducta para alcanzar las necesidades²²:

La conducta que se orienta a satisfacer las necesidades tiene las siguientes características:

- 1) **Energía:** La cual va a depender de cada situación y de la fuerza de la necesidad que se pretenda satisfacer. Si una persona a sido privada por muchas horas de alimento, actuara mas rigurosamente para obtenerlo, que una que no ha sido privada. Por eso se dice que, si alguien trabaja más energéticamente que otro es porque su motivación es más poderosa.
- 2) **Persistencia:** Un individuo motivado no abandona fácilmente su tarea. Si a un niño se le esconde un dulce, no descansara hasta encontrarlo. Si abandona rápidamente la tarea es porque la motivación no era muy fuerte.
- 3) **Variabilidad:** La persona motivada busca diferentes alternativas en su esfuerzo por obtener una satisfacción, generalmente no realiza los mismos actos para lograrlo.
- 4) **Cíclica:** Las motivaciones cumplen cierto ciclo, primero se presenta una necesidad (carencia de algo bien fisiológico o psicológico), que al convertirse en estímulo hace surgir un motivo; luego se moviliza la conducta para buscar como satisfacer esa necesidad, y finalmente se llega a un objetivo que hace reducir el motivo.

Sobre el significado de la percepción:

La información recibida por el cerebro en forma de impulsos nerviosos, se organiza e interpreta dando lugar a lo que conocemos como percepción. La percepción supone la extracción de información del medio que nos rodea, y se realiza de forma automática e inconsciente.

La interpretación de la información recibida por los órganos de los sentidos está basada en experiencias pasadas y en nuestros deseos y necesidades al enfrentarnos con el mundo. Por lo tanto, la percepción supone un proceso de toma de información del exterior para organizarla de forma significativa en nuestro interior y, en definitiva, para tomar conciencia del mundo que nos rodea.

La percepción sensorial no es suficiente para identificar el mundo exterior; es necesario que intervengan también otros procesos, como la atención (concentración

sobre un determinado estímulo), la memoria (comparación con otros estímulos percibidos en el pasado) y, en el caso de que se trate de un estímulo nuevo, la imaginación (para tratar de deducir su posible significado).

El sistema nervioso es una compleja red de células nerviosas que se extienden por todo el cuerpo. Su función es interpretar, almacenar y dar respuestas a las informaciones recibidas desde el exterior o el interior del cuerpo. El sistema nervioso central (SNIQ se compone del encéfalo y de la médula espinal. Se encarga de procesar la información recibida de los nervios y de enviar mensajes al organismo.

La actividad perceptiva supone una forma superior de conocimiento, a través de la cual aprendemos el mundo circundante y nuestra propia corporalidad, y la relación entre ambos. Es, por lo tanto, un proceso activo que surge de la relación dialéctica sujeto-objeto. La actividad proviene de una necesaria actitud previa del sujeto para poner en marcha la percepción, ya que no es un hecho casual. La capacidad de elección del individuo proviene de su situación fisiológica, psíquica, o de ambas.

Características del perceptor:

Las características especiales del observador influyen en la percepción. Entre ellas destacan:

- a. *Necesidades.* Cuando se proyecta sobre una pantalla una serie de estímulos muy ambiguos a un grupo de personas con diversos períodos de privación de alimento, los sujetos más hambrientos verán mayor número de objetos relacionados con la comida que los menos hambrientos. Cuanto más ambiguos o indefinidos sean los estímulos, en cualquier orden de la vida, tanto más probable es que las motivaciones del individuo influyan en la forma de percibirlos. La influencia de las necesidades es especialmente importante en momentos de crisis.

Si dos personas han tenido una discusión y, por lo tanto, están inseguras de sus actitudes mutuas, el significado de los actos de cada una de ellas se hace incierto para la otra. Los sentimientos hostiles, la ansiedad, o el deseo de seguridad influirán en la manera de percibir la conducta del otro.

- b. *Valores.* Los valores sociales se agregan a los objetos como parte de su enriquecimiento perceptual. Una vez agregados, pueden afectar a impresiones tan directas como las del tamaño. Se ha comprobado que los niños de hogares más necesitados, cuando de memoria emparejaban tamaños, tendían a sobrestimar los tamaños de las monedas más que los niños de familias acomodadas.
- c. *Actitudes.* Se ha demostrado la importancia de las actitudes en este experimento: a varios sujetos se les daba la misma puntuación en una determinada prueba, pero los miembros de sus respectivos grupos valoraban esta puntuación de forma diferente si el individuo ocupaba una posición sobresaliente dentro del grupo o si ocupaba una posición secundaria. En el primer caso se sobrevaloraba dicha puntuación; en el segundo, se infravaloraba. Esto demuestra la importancia que tenía esta actitud al efectuar la percepción.

d. *Personalidad.* Aunque todas las personas tratan de percibir las cosas clara y definidamente, hay diferencias individuales en las necesidades de claridad y precisión. Parece que existe una relación definida entre las actitudes sociales y la percepción de los estímulos ambiguos. Para algunas personas, todas las cosas deben ser blancas o negras. Las personas fijas y rígidas, que no pueden tolerar la ambigüedad, lo manifiestan no sólo en sus actitudes sociales, sino también en sus respuestas preceptuales en el laboratorio.

Manifestaciones clínicas de enfermedad en los ancianos:

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad son básicamente semejantes en todos los adultos de todas las edades, pero suele haber diferencias importantes en los síntomas entre los jóvenes y los ancianos. Las diferencias entre estos dos grupos de edad pueden advertirse en otras áreas clínicas importantes, por ejemplo, cuadro clínico inicial, extensión, gravedad y duración del padecimiento. En pacientes ancianos, los síntomas de padecimientos suelen ser más insidiosos, inespecíficos y atípicos que en los jóvenes. Los estados patológicos en los ancianos pueden modificar la función de varios órganos, además de los que están atacados. Por ejemplo: el cerebro probablemente sea más susceptible que cualquier otro órgano a los estados de alarma o las enfermedades.

En consecuencia, sin que haya ataque alguno del sistema nervioso central, muchos pacientes de enfermedades generales presentan signos y síntomas de letargo, confusión, agitación y delirio.

Estos síntomas pueden ser causados, en su mayor parte, por alteraciones neurofisiológicas relacionadas con la edad. Con frecuencia, los síntomas de la enfermedad tienden a ser atípicos. Por ejemplo, sólo en el 25% de los ancianos hipertiroideos se advierten la intranquilidad y el aspecto hiperactivo característico de los jóvenes hipertiroideos, y menos del 50% presentan los signos o síntomas oftálmicos de hipertiroidismo ²³

De los ancianos, el 85% sufren una enfermedad médica crónica, el 50% tienen dos estados médicos o más. No es raro que los medicamentos recetados para una enfermedad médica desencadenen síntomas psiquiátricos, o que el uso de agentes psicofármacos descubra o produzca un problema médico mayor. El anciano con enfermedades concomitantes de índole médica, neurológica y psiquiátrica, es un desafío para la destreza diagnóstica y clínica del facultativo.

Además de la valoración médica del anciano deberá obtenerse la historia psicosocial. La valoración será incompleta en tanto no se efectúen exámenes del estado mental. Esto es equivalente a los valores de laboratorio o el EKG "de línea basal". El examen del estado mental debe repetirse periódicamente para precisar cambios en el curso de la enfermedad psiquiátrica o para valorar la eficacia de la intervención terapéutica (4).

También es importante tomar en cuenta la incapacidad de los pacientes ancianos para relatar la historia exacta o colaborar con la exploración física o los exámenes diagnósticos dificultándose la valoración diagnóstica de las enfermedades físicas de las mismas. A causa de la tendencia benigna de olvidar, los ancianos a menudo no recuerdan manifestaciones específicas ni acontecimientos de importancia clínica.

Cambios sutiles en el conocimiento pueden influir en la percepción de los síntomas por parte del enfermo, lo cual tiende a restar importancia a las manifestaciones. De cuando en cuando es difícil que el facultativo distinga entre los cambios biológicos "normales" del envejecimiento y las manifestaciones de un estado patológico.

Programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles²:

Las enfermedades crónicas no transmisibles han venido sufriendo un incremento sostenido en nuestro país, constituyendo un problema de salud pública, situación debida a cambios en su perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico del país, presentándose una doble carga las enfermedades infecciosas y carenciales y las enfermedades crónicas.

El control de las enfermedades crónicas es un proceso complejo y multidimensional. Los objetivos son la prevención primaria, la detección precoz y un tratamiento adecuado que prevenga la aparición de complicaciones.

El Ministerio de Salud se plantea una estrategia poblacional con medidas de educación dirigidas a la población para disminuir las enfermedades crónicas, impactando sobre los factores de riesgos asociados a las mismas, tales como la falta de ejercicios físicos, tabaquismo, alcoholismo, alimentación inadecuada (rica en grasa), estrés entre otros.

Por otro lado una estrategia individual, para detectar y controlar con medicas específicas de los servicios asistenciales, a las personas que por estar expuestos a niveles elevados de unos u otros factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecerlas o la padecen. De este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para un adecuado control de la misma.

Objetivos del programa:

Objetivo general:

Establecer las estrategias y acciones que contribuyan a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las principales enfermedades crónicas.

Objetivos específicos:

- a. Fomentar el desarrollo de acciones de promoción de la salud, mediante la difusión de criterios de educación sanitaria, para la adopción de hábitos saludables, con participación activa de la comunidad.
- b. Fortalecer las medidas preventivas para reducir el número y severidad de las crisis y complicaciones agudas o crónicas que generan discapacidad y muerte.
- c. Fortalecer la calidad de la atención mediante la capacitación de los recursos humanos en el manejo integral de las personas y el uso racional de los recursos.
- d. Definir las normas de atención con enfoque integral
- e. Promover el desarrollo de investigaciones sobre el perfil epidemiológico de las principales enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

Funciones y actividades del Programa de Enfermedades crónicas a nivel del municipio:

- a. Organiza el PECNT en el municipio, capta oportunamente e ingresa al programa a todo paciente con diagnóstico confirmado con ECNT.
- b. Selecciona el tratamiento conforme las normas del programa, brindando atención bimensual y al criterio del médico de acuerdo a la condición del paciente.
- c. Formación de Club y mantiene actualizado el registro de pacientes por patologías.
- d. Implementar un plan de educación sanitaria para fomentar hábitos sanos dirigidos a los usuarios, familia y comunidad.

- e. Elabora un plan de trabajo mensual e informes del mismo, analizándose trimestralmente el comportamiento de las enfermedades crónicas.
- f. Participa en la programación anual de medicamentos, en base al número de pacientes ingresados al programa, aplicando el enfoque de riesgo.
- g. Establece coordinación con el segundo nivel de atención para fortalecer el sistema de referencias y contrarreferencias.
- h. Coordina o realiza las visitas de terreno para recuperar a los usuarios inasistentes del programa.
- i. Cumple con la vigilancia epidemiológica del programa
- j. Realiza evaluación semestral.

Diseño metodológico

Tipo de estudio: La presente es una investigación de servicios. El cual incluye en su estrategia de búsqueda de la información técnicas específicas de la investigación cuantitativa y de la cualitativa.

Área de estudio: León, ciudad universitaria, Conformada por tres áreas de Salud: “Perla María Norori”, “Mántica Berio” y “Sutiava”. Sus unidades de salud atienden una población de aproximadamente 85,000 habitantes, desarrolla entre sus funciones un programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas.

Unidad de análisis: La idea era comprender las necesidades en salud que tiene el adulto mayor que asiste al programa. Por ello fueron establecidos tres unidades de análisis para generar esta información: Personas adultas de 50 a más años que asisten regularmente al programa; Personal médico que atiende el programa de atención de enfermedades crónicas y expedientes clínicos.

Fuente de información: Primaria mediante entrevistas a profundidad a pacientes y personal que atiende el programa. Secundaria mediante revisión de expedientes clínicos.

Instrumento de recolección de los datos: Fueron diseñados y evaluados mediante pruebas pilotos tres instrumentos (Ver anexos). Los cuales recogieron la información necesaria para cumplir con los objetivos establecidos. Durante la prueba piloto se revisó si el instrumento cumplía con los objetivos, si estos eran fácilmente comprendidos por el entrevistado. Lo que ameritó discutir las formas de las entrevistas y mejorar la redacción de las preguntas.

Procedimientos de recolección de datos:

Para el cumplimiento de los objetivos se desarrollaron dos diseños diferentes:

- ✓ El primero es un estudio cualitativo de entrevistas a profundidad, se desarrolló en dos sectores poblacionales diferentes:
 - 3 Médicos responsables de atender el programa de enfermedades crónicas en cada uno de los Centros de Salud del municipio de León.
 - 12 pacientes que fueron atendidos regularmente en los programas de enfermedades crónicas (Hipertensos, diabéticos, artríticos y cardíacos) en los tres Centros de Salud. 3 Pacientes por cada una de las enfermedades.

- ✓ El segundo diseño es cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal. Para ello se revisaron 120 expedientes de pacientes con enfermedades crónicas de los tres Centros de Salud de la ciudad de León, valorando el nivel de cumplimiento de las actividades normadas en estos pacientes (Historia clínica completa, seguimiento, cumplimiento de citas, exámenes de rutina y complementarios, educación, diagnóstico actualizado, etc.).

El procedimiento que se siguió para realizar el estudio fue el siguiente:

- 1) Se solicitó autorización a cada uno de los directores de cada Centro de Salud, comprometiéndonos a compartir los objetivos y sus resultados.
- 2) Se Procedió a revisar 120 expedientes clínicos, registrando la información de interés en el instrumento previamente elaborado.
- 3) Se explicaron los objetivos y se solicitó al personal médico encargado de la atención al programa de Enfermedades Crónicas un tiempo para la realización de entrevista. Se buscó las horas de menor carga laboral de cada uno de los médicos para evitar interferencias. Una vez planificada la entrevista se realizó la misma.

- 4) Para las entrevistas en los pacientes se seleccionaron los 12 pacientes, 3 por cada una de las patologías seleccionadas que el programa atiende. Se citó a estos pacientes y se les explicaron los objetivos del estudio, se solicitó su participación en el estudio y si estuvo anuente se procedió a realizar la entrevista.
- 5) Las entrevistas fueron grabadas usando una grabadora portátil, posteriormente se realizó la transcripción del contenido grabado y se procedió a realizar el análisis del contenido de las entrevistas a profundidad.
- 6) En general, esta investigación no tiene implicancias éticas, ya que consiste en entrevistas a participantes, necesariamente voluntarios y no se realiza invasión tisular, moral o cultural en ellos.

Operacionalización de las variables:

Actividades asistenciales normadas: Son el conjunto de actividades que debe cumplir los servicios de atención primaria según normas del Ministerio de Salud en la promoción, prevención, detección precoz, tratamiento adecuado y oportuno y la rehabilitación. Estas actividades se generaron a partir de la revisión de los registros en los expedientes.

Problemas de Salud: Es el estado de salud considerado deficiente o inadecuado por los pacientes, o el personal de salud. Estarán valorados por el personal de salud y los usuarios del programa.

Percepción de necesidades de Salud: Es la forma de conocimiento a través de la cual llegamos a conocer la desviación o la diferencia entre el estado óptimo, definido de forma normativa, ideal o deseable, y el estado de salud actual o real. Esta información fue generada por dos actores sociales: personal de salud y usuarios del programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

Plan de análisis:

Los datos producidos por la revisión de expedientes fueron analizadas y procesadas utilizando el programa Epi-Info en su versión 3.3.2. Se estimó frecuencia del cumplimiento de las actividades normadas. Los datos fueron agrupados en una tabla de salida. Además se realizó gráficos para describir las características generales de las personas registradas en los expedientes evaluados.

Las grabaciones de las entrevistas a profundidad fueron transcritas. Se realizó un análisis textual de contenido. Se organizó la información en la siguiente matriz de información:

<i>Los problemas</i>	<i>Las necesidades y sus equivalentes</i>	<i>Los objetivos o las normas</i>
Otros determinantes de la salud actual		Otros determinantes de la salud
Estado actual de salud	Necesidades de salud	Estado de salud deseado
Tipo y cantidad de servicios producidos actualmente y potencialmente	Necesidad de servicios	Tipo y cantidad de servicios necesarios para producir el estado de salud deseado
Tipo y cantidad de recursos existentes	Necesidad de recursos	Tipo y cantidad de recursos necesarios para producir los servicios

Resultados

Cumplimiento de actividades esenciales:

Se revisaron 120 expedientes de pacientes con afecciones crónicas activos del programa “Control de Enfermedades Crónicas” que asisten regularmente a los tres Centros de Salud del municipio de León.

Encontramos edades que van desde los 50 años hasta los 94, concentrándose la población en edades desde los 50 a 80 años (Vea histograma de edad en gráfica 1). El 66.7% de los expedientes revisados corresponden a mujeres el resto a hombres (Vea gráfico 2). Las patologías estudiadas fueron hipertensión, diabetes, artritis y cardiopatías isquémicas 30 de cada una. (Vea gráfico 3). El 95% procede del área urbana y solo un 5% del área rural (Vea gráfico 4).

Al observar en el expediente el registro de los datos, encontramos que solo el 20.8% de los casos tienen la historia clínica completa. En el 56.7% encontramos los exámenes de ingreso.

Al evaluar el registro de la información generada en los últimos 6 meses encontramos que en el 65.8% se registra que el paciente ha acudido a su cita. En el 65% se registra que se han enviado exámenes de laboratorio de rutina. En el 36.7% se registra que se han enviado exámenes de laboratorio complementarios. En el 88.3% se realiza alguna interpretación de nuevos hallazgos, tanto en la historia clínica como del examen físico y resultados de los exámenes enviados. En el 66.7% se ha actualizado el diagnóstico a la luz de la evolución de la enfermedad. En el 18.3% se registra que se ha presentado alguna complicación y de éstos sólo el 77.2% de ellos fue atendido por un especialista. Sólo el 20.8% se le ha realizado alguna ínter consulta con especialidades ligada a su problema de salud base. Al 5.8% se le ha realizado alguna

interconsulta con especialistas de otras especialidades ajenas a su problema base. En el 5% se ha registrado que el paciente ha tomado el tratamiento indicado de forma sistemática.

En el 25.0% de los expedientes están registradas de forma clara las recomendaciones que el paciente debe seguir. En ningún expediente se registra la recomendación al paciente para asistir a un club de pacientes crónicos y solo en el 0.8% de los expedientes está registrado que se ha informado al paciente o su familiar sobre su estado de salud (Vea cuadro 1).

Percepciones que tiene el personal:

Principales problemas que vive el programa

Para el personal de salud que labora en el programa, la existencia de las normas no es suficiente para que se desarrollen las actividades que según los objetivos le corresponderían realizar.

En general se percibe que después de haber organizado el programa, las autoridades superiores no se interesan en evaluar el desarrollo y el alcance de las actividades normadas para inducir cambios. Esto se refleja en la “sobrecarga de trabajo” que sufre el personal con actividades adicionales de otros programas como “morbilidad general”, sumado a “la insuficiencia del personal”. Dando la impresión que “solo las actividades clínicas son importantes” en el desarrollo del mismo. Se han identificado otras actividades que son sustantivas al cumplimiento de objetivos como el aspecto organizativo y el de movilización de iniciativas, pero existe la impresión de que no tienen valor alguno. “No se promueven investigaciones”, “El Silais no cumple con las actividades de mejora, como la evaluación, capacitación, monitoreo y supervisión”.

“Las actividades de promoción no están orientadas directamente a abordar el problema de forma integral”, sino que se “orientan algunos temas a la población escolar”.

Como resultado del pobre desarrollo de la educación relativa acerca de las enfermedades crónicas en el adulto, con frecuencia las enfermedades “no se detectan

precozmente”, y por lo tanto los pacientes “no son captados oportunamente”, además “asisten de forma espontánea aquejando síntomas, muchas veces sin acompañantes” y cuando se les envía al club de crónicos “no se integran al mismo o si lo hacen abandonan las actividades que se han programado”.

No existe personal especializado para abordar la prevención de las complicaciones como nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas y en el centro de salud Perla María Norori hay un Internista pero no de tiempo completo. También se menciona la escasa coordinación con el segundo nivel de atención para realizar referencias y recibir las contrarreferencias que permitan el seguimiento adecuado del problema de salud de los pacientes.

El Centro de Salud “Perla María Norori hace referencia a que “el programa no tiene coordinación con “servicios de rehabilitación adecuados” que ayuden al paciente a aceptar las secuelas de las complicaciones y desarrollar sus funciones sociales lo mejor posible”.

En el Centro de Salud de Sutiava, el programa se ha establecido en el segundo piso, generando un problema de accesibilidad por la infraestructura del edificio.

También “Existe poco abastecimiento de insumos médicos” para abordar las enfermedades crónicas y así como para la morbilidad general que también padecen y las complicaciones propias de su enfermedad base”. Son “frecuentes la inasistencia o el abandono del paciente a sus citas programadas”.

Si el sector salud carece del presupuesto necesario, es en paciente con enfermedades crónicas donde más se siente el déficit de presupuesto.

Percepciones que tiene el personal:

Principales necesidades del programa:

Dentro de las necesidades que se perciben en el programa los entrevistados hicieron referencias a la necesidad de más personal, que “puedan abordar de forma integral las problemáticas de los pacientes con enfermedades crónicas”. Otra forma de reducir la sobre carga de trabajos del personal del Centro de Salud es “descentralizar el programa a los puestos de salud”, desarrollando en ellos las capacidades necesarias y la responsabilidad del programa mismo. Tanto para el abordaje de los problemas de salud, así como del seguimiento de los pacientes ingresados. “Y más a largo plazo para el control de los factores de riesgos y la promoción en salud”, promoviendo “estilos de vida saludables en la población”

Es necesario mejorar el equipamiento del programa con medios diagnósticos y terapéuticos adecuados al problema de salud base, las complicaciones y otras enfermedades que padezcan o puedan padecer el adulto mayor.

De ser posible adjuntarle un programa de rehabilitación de las enfermedades de base y sus complicaciones.

Tanto el nivel central como el Silais deberían desarrollar las actividades necesarias para asegurar que el programa se desarrolle de forma adecuada, gestionando desde los recursos, acciones de promoción de estilos de vida saludables y captación precoz. Asumiendo la dirección misma de dichas actividades normadas, como la investigación, el monitoreo y la evaluación.

El hecho de que las personas que padecen enfermedades crónicas sean adultos mayores de escasos recursos, hace necesario que muchas de las acciones realizadas en la unidad de salud “sean de bajo costo” y en el mejor de los casos “sean gratuitas”. Ya que favorecería la calidad de atención y estimularía la “continuidad en el programa”.

Es necesario realizar evaluaciones periódicas que permitan realizar ajustes a las acciones establecidas en el programa y formas organizativas específicas de trabajo, incluyendo aspectos de una “infraestructura facilitadora de la atención”.

Percepciones que tiene el adulto mayor que asiste al programa:

Principales problemas:

En cuanto a la prevención: Los adultos mayores se identifican a sí mismos como “personas de escasos recursos económicos”, lo que le impide el cuidado adecuado de la salud, así como el “seguimiento adecuado del tratamiento y la dieta que le recomienda el personal de salud”. Por otro lado en el Centro de Salud “no le dan el tratamiento completo” ni le aseguran el diagnóstico de la evolución de sus problemas mediante “exámenes periódicos gratuitos”.

En cuanto a promoción las personas entrevistadas no mencionaron aspectos de los estilos de vida que favorecen el desarrollo de la enfermedad, ni los que determinan las complicaciones. En general existe poco conocimiento de los determinantes de la enfermedad y sus complicaciones y refleja la ineficacia de las pocas acciones de promoción que desde el sector salud se ha desarrollado.

La poca asistencia que tienen los pacientes a las actividades que realizan los clubes de pacientes crónicos refleja que las mismas se han valorado como inadecuadas. Sobre todo cuando deben elegir con otras actividades de la vida cotidiana. “las actividades del club coinciden con actividades propias”. Sin embargo también reconocieron que “No le damos la importancia que se merece”.

En cuanto a captación precoz, esta es pasiva, mediante la consulta por morbilidad general cuando “presentaron síntomas propios de la enfermedad” ya sea en un servicio privado, en una unidad de salud o a nivel hospitalario. Los entrevistados refirieron comprender poco esfuerzo de los servicios por captarlos tempranamente.

En cuanto a la asistencia a las citas y club de crónicos se observa desmotivación entre los pacientes ya que “no les dan el medicamento suficiente hasta la siguiente cita”. Algunos aducen que no asisten por “el tiempo”, ya que algunos “trabajan” o la unidad de salud queda “muy distante” y “esperan demasiado tiempo” o sencillamente porque “se les olvida”. Por otro lado, los pacientes no sienten que se les da la mejor atención, “algunas veces solamente es visto por un especialista cuando tienen alguna complicación”.

Percepciones que tiene el adulto mayor que asiste al programa:

Principales necesidades:

Un aspecto que hacen referencia los pacientes es que “se les debe dar el tratamiento completo de forma gratuita”, así como los estudios de “laboratorio” para detectar

Temprano las “complicaciones de las enfermedades”, además “necesitan que se les oriente sobre “la importancia de los club y sus actividades”. Los clubes deberían ser más creativos con “actividades de recreación”, para hacerlos más atractivos y que “valga la pena asistir”.

Es necesario que las unidades de salud sean “más activas” en sus actividades para detectar, captar e ingresar “tempranamente los problemas de salud del adulto mayor” en el programa de crónicos. Es importante que “las citas sean cada mes y no cada dos meses” ya que los problemas “pueden ocurrir en cualquier momento”. Debería haber “más personas atendiendo el programa”, para dar una atención más rápida y “disminuir el tiempo de espera”. Un especialista debería “valorarnos cada seis meses al menos”.

Discusión de los resultados

Calidad del cumplimiento de las actividades asistenciales:

Al revisar los expedientes clínicos se observa una deficiencia en el registro de la información. Ya que existe un déficit desproporcionado del cumplimiento de las actividades destinadas a la adecuada atención del paciente. Esto refleja, en general, una mala calidad de aplicación del programa. El registro de la información es importante para la evaluación tanto de la atención del paciente como de los objetivos del programa y desempeño del personal. Al existir un déficit en la información no se puede hacer un buen seguimiento de la evolución de la enfermedad por lo que resulta difícil realizar planes de intervención que conlleven a la prevención de descompensaciones y complicaciones de los pacientes, por otro lado, al no poder evaluar el cumplimiento de las actividades y objetivos del programa con certeza es imposible realizar modificaciones en pro de mejorar la calidad de la atención. Tampoco se puede realizar acciones para fortalecer los conocimientos y capacidades laborales del personal.

Podemos atribuir esta situación a falta de voluntad del personal, exceso de trabajo o falta de tiempo. Da la impresión que las actividades desarrolladas en el programa está encaminado más a cumplir el compromiso laboral y no en el cumplimiento de los objetivos por satisfacer las necesidades de atención de los usuarios (adulto mayor).

Ahora bien, podría decirse que el sistema de registro de los datos en el expediente no refleja lo que se hace realmente (debido a la falta de cultura del registro), sin embargo esta información, referido a menudo como el registro médico, sirve como un medio de comunicación entre muchos profesionales de salud que contribuyen al cuidado de un paciente, es un documento legal, es una fuente de información para que los gerentes del programa puedan evaluar el desarrollo y la calidad del programa²⁴. En este caso se

supone que lo que no está escrito, realmente no se asegura que se está realizando en la práctica.

Este tipo de actuación en la práctica clínica va a afectar la percepción de la calidad que los usuarios tienen sobre el servicio que se les está entregando, lo que va a desmotivar el cumplimiento de las actividades terapéuticas y de comportamiento por mantenerse sano o estable en un nivel de salud.

Percepción del personal de salud sobre problemas y necesidades:

Esto tiene algunas explicaciones en cuanto a la percepción que tiene el mismo personal de salud, en general el sobrecargo de trabajo es una de las explicaciones que el personal hace con respecto a la mala calidad del cumplimiento de las actividades normadas. En general se quejan de que atienden varios programas.

Además de que dichos programas están saturados de pacientes integrados en el programa que muchas veces viven en sitios alejados, por lo que se hace necesario la descentralización en la atención de dichos pacientes a un puesto de salud más cercano de su vivienda, es decir, cada puesto o centro de salud debería poner en marcha las actividades del programa CECNT que permita un seguimiento más cercano del paciente y sobre todo motivarlos para que no abandonen dicho programa.

Además, el personal refiere el poco apoyo que les dan las autoridades en cuanto a la planificación, organización, gestión de recursos y evaluación. Funciones administrativas que son necesarias para ir realizando ajustes y gestionar recursos humanos, técnicos y organizacionales adicionales. Esto es notable cuando no se capacita, no se supervisa, no se evalúa y no se buscan alternativas en el nivel superior a las incapacidades por resolver los problemas.

En general el mismo proveedor de servicios se queja de falta de personal tanto general como especializado para abordar diferentes aspectos de la integralidad del problema de los pacientes. Pero además la dificultad para el funcionamiento estable de las referencias y contrarreferencias, las cuales deberían ser normadas, monitoreadas y

supervisadas por un nivel más normativo y que para su cumplimiento requiere de tiempo de trabajo que el médico proveedor de servicios debe dedicar.

Por otro lado la carencia de insumos médicos en las cantidades necesaria y la incapacidad por satisfacer las necesidades de sus pacientes ha hecho que el mismo personal se desmotive en establecer alternativas de abordajes o sencillamente cumplir con las actividades normadas.

Las actividades de promoción como el funcionamiento de los clubes, no son atractivas ni para el personal que significa una sobrecarga laboral, ni para los pacientes que significa regresar a la unidad de salud, a sesiones muchas veces aburridas y carente de atractivos, solo por el hecho de tener la próxima cita de control y entrega del medicamento. Esto hace necesario que los clubes gestionen recursos adicionales para hacer las actividades más atractivas y eficaces.

Por otro lado la captación precoz, no se ha visto como responsabilidad propia del programa, sino como una casualidad de los servicios de morbilidad general o por referencias hospitalarias de un paciente que durante un procedimiento de examen físico para otra patología, presentó alteraciones que lo clasifican como una patología crónica. No se están realizando actividades de información dirigidas a la comunidad ni se planifican acciones con los otros programas.

Percepción que tienen el adulto mayor alrededor de sus problemas y necesidades:

En cuanto a las personas entrevistadas, se observa que existe una tendencia clara de que sus necesidades se basan exclusivamente en la medicación y en las dietas. Haciéndose notorio su enorme preocupación por la gratuidad y la entrega del tratamiento completo y los exámenes de laboratorios necesarios. Cuando eso no sucede, su preocupación se centra en la carencia de dinero para comprarlo.

Esto también refleja la poca comprensión de sus derechos, ya que considera que “por ser pobre no puede tener...” las cosas que necesita. Y al no comprender que muchas cosas de la información, los servicios y el auto cuidado son parte de sus derechos, también no pueden demandarlo. Pero también esto refleja que las actividades de promoción no han estado a la altura de sus necesidades de la gestión del auto cuidado.

Aunque se menciona la dieta y el ejercicio como parte de las terapias, el centro de sus necesidades se basan en la falta de dinero al establecer que las dietas tienen un costo mayor que cuando la comida se prepara para el grupo familiar y el ejercicio como actividad física requiere abandonar las actividades rutinarias, muchas veces con responsabilidad en el grupo familiar.

Observamos que la mayoría de los pacientes entrevistados, aunque están concientes que deben o deberían seguir las orientaciones médicas, no tienen el conocimiento de la existencia de los clubes. Esto podría entenderse como una falta de interés de las personas mayores por estas actividades o como el pobre esfuerzo del personal por promover formas organizativas para la gestión del auto cuidado.

También observamos que la falta de seguimiento en las orientaciones, se deben en la mayoría de las veces, a falta de apoyo familiar, ya que estos son pacientes de avanzada edad, quienes dependen del cuidado de otras personas, por lo que es

importante involucrar y sensibilizar a los familiares de los pacientes alrededor del auto cuidado familiar (promocionar estilos de vida saludables en la familia) y sobre todo del apoyo a su paciente.

Sin duda alguna la realidad para muchas personas es que las actividades del club cuando son atendidas por el personal de salud se realizan en horarios laborales del médico, contrastando con las actividades propias del paciente, que sin duda tienen obligaciones alrededor de su familia. Por otro lado al carecer de recursos didácticos, económicos y metodológicos, hacen que las actividades sean para el adulto mayor bastantes aburridas, “carentes de sentido”, “poco creativas”.

Otro aspecto que puede influir en la falta de motivación de los pacientes para asistir a las citas podrían ser las dificultades propias que ocasionan la pérdida de tiempo en el cumplimiento del flujo de atención, sobre todo las esperas prolongadas para ser atendidos cuando tienen cita en el Centro de Salud, esto se debe con frecuencia a problemas organizativos de los servicios que no toman en cuenta las características de los usuarios.

Si una persona mayor va a un banco, se nota fácilmente la cortesía de las personas al aceptar que pase de primero, o la cortesía del personal mismo al sugerirle que pase de primero. Esto no funciona así en los servicios, normalmente a nadie le preocupa esos detalles. Se observa una rigidez con el orden de la consulta.

Conclusiones

Después de finalizar el estudio hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- 1) El cumplimiento de las actividades normadas para la atención de los pacientes con enfermedades crónicas es bajo y reflejan una mala calidad en la aplicación del programa. Esto se puede explicar como el mal uso del expediente como sistema de registro o desmotivación del personal por sobrecarga de trabajo, falta de apoyo institucional en cuanto a recursos y sobre todo a la falta de evaluación.
- 2) El personal considera que el apoyo que se está dando al programa de parte de la institución es insuficiente en relación a los objetivos del programa que se consideran ambiciosos. Además que se demuestra el poco interés por el funcionamiento del programa al no realizarse las funciones administrativas.
- 3) Las percepciones que tiene el adulto mayor en cuanto a problemas y necesidades están centradas alrededor a medicamentos y dinero. No visualizan otras necesidades que las vinculadas directamente a la asistencia. Esto tiene que ver con las pocas acciones de promoción que el programa hace.

Recomendaciones

Después de haber realizado nuestro estudio, consideramos importante:

- 1) Revisar los compromisos y alcances del programa, reorientando los esfuerzos a una mejoría sustancial en cuanto al concepto de calidad.

- 2) Organizar y sostener un sistema de monitoría de la calidad mediante encuestas a los usuarios, indicadores de descompensación, eficacia de las actividades de promoción y calidad del registro de los datos en expedientes.

- 3) Fortalecer la atención al paciente con enfermedades crónicas mediante adecuada transferencia para su atención con recursos humanos especializados y contra transferencia para su seguimiento en las unidades de salud. Descentralizar el programa a los puestos de salud para distribuir la carga laboral.

- 4) Incrementar los recursos al programa para mejorar el abastecimiento de insumos médicos y estudios de laboratorio.

- 5) Fortalecer las actividades de promoción a la salud de la población en general para promover estilos de vida saludables que prevengan los padecimientos crónicos, como del auto cuidado de los pacientes para prevenir descompensaciones y complicaciones de su patología base.

- 6) Involucrar al paciente, sus familiares y comunidad en la planificación y seguimiento de las actividades de control, promoción y prevención de los padecimientos crónicos.

- 7) Incrementar las investigaciones alrededor de la salud del adulto mayor para reorientar las acciones del servicio de salud.

Bibliografía

- 1 Maria Eugenia Morales. Percepciones de los adultos mayores sobre sí mismos. Encuesta de Necesidades de los Ancianos en Chile. 1998.
- 2 Ministerio de Salud de Nicaragua. Normas del Programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Documento oficial. Año 2,000.
- 3 Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration : Specifying requeriments for health care. Harvard University press, Cambridge, Mass, 1973, p. 58.
- 4 Reynald Pineault, M.D. La determinación de las necesidades. La planificación sanitaria: concepto, métodos, estrategias. Editorial Masson, S.A. Barcelona España, 1995.
- 5 Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Instituto "Mario Negri" de Milán. Manual de Salud Mental, Guía básica para la Atención Primaria. Managua Nicaragua, Junio de 1986.
- 6Hogart. J. Vocabulaire de la Santé Publique. Organisation Mondiale de la Santé, bureau régional de l'Erupe, Copenhague, 1977, p. 208.
- 7 Goldberg, M. Dab, W. Chaperon, J. et al. Indicateurs de santé et «sanométrie»: les aspects concpetuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé », Rev. Epidém. et Santé Pub. Vol 27, 1979, p. 64.
- 8 Blum, H. L., Planning for health. Generics for the Eigthies. Human Science Press, New York, 1981, p. 14.
- 9 Bonnevie, P. "The concept of health. A sociomedical approach", Scand. J. Soc. Med. Vol. 1, No. 1, 1973, p. 64.
- 10 Conseil des affaires sociales et de la famille. Objetif : Santé. Gouvernement du Québec, 1984. p. 26.
- 11 Ruelas-Barajas E, Reyes H, Zurita-Garza B,Vidal LM, Karchmer S. Círculos de calidad como estrategia de un programa de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Publica Mex 1990;32:270-220.

- 12 Reyes-Zapata H, Meléndez-Colindres V, Vidal-Pineda LM. Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención. *Salud Publica Mex* 1990; 32:232-242.
- 13 Vidal-Pineda LM, Reyes-Zapata H. Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad. *Salud Publica Mex* 1993;35:326-331.
- 14 Strasser S., Davis RM. Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1991:210.
- 15 Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Serie Perspectivas en Salud Pública. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1989.
- 16 Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Publica Mex* 1993;35(3):238-247.
- 17 Donabedian A. Calidad de la atención médica. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1974.
- 18 Frenk J. Concepto y medición de la accesibilidad. *Salud Pública Mex* 1985:438-453.
- 19 Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud II. México, D.F.: Laboratorio Gráfico Editorial, 1994.
- 20 Bradshaw, J. "The concept of social need" in Gilbert, N, and Specht, H. Planning for social Welfare, issues, models and tasks. Prentice hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1977, p. 290-296.
- 21 Siegel, L.M., Attkisson, C.C. and Carsson, L.G., Need identification and program planning in the community context in Attkisson, C.C. et al Evaluation of human Service programs. Academic Press, New York, 1978. p. 216.
- 22 A. Smirnow Leontied y otros. Manual de Psicología. Editorial XXX, tercera edición México.
- 23 Dan G. Blazer. Síndromes Depresivos en Geriatría. Versión española de la obra original de DG Blazer "Depresión in late life, publicada en The Mosby company. St. Louis, Missouri. USA. Ediciones Doyma, S.A. 1984. Pág. 213.
- 24 Greater Lawrence Family Health Center. Nota de Información Práctica: Comprendiendo su información personal del registro de Salud. Página web de la institución. Disponible en: <http://www.glfhc.org/hipaa/privacy-span.html>

Anexos

Necesidades de atención en salud del adulto mayor con enfermedades crónicas en la ciudad de León.

Entrevista a profundidad Personal de Salud

Se saluda y se explica los objetivos de la entrevista. Si tiene el tiempo suficiente y la voluntad de participar se le solicita autorización para grabar la entrevista. Se procede llenando los datos generales y posteriormente las preguntas

I. Datos generales:		Centro de Salud:
Edad: /__/__/	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Profesión: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera
II. Guía de preguntas:		
1) Como encargado del programa de dispensarizados ¿cuáles son las funciones y actividades que usted está comprometido a desarrollar de acuerdo las normas del programa?		
2) De acuerdo a la Ley General de Salud, las Políticas de Salud y el Plan Nacional de Salud: ¿Se realizan actividades y acciones para mejorar la calidad de su programa?: Capacitación, supervisión, evaluación, discusión de casos, etc.		
3) ¿Se ha revisado material de investigación producido por las universidades, o realizado investigaciones propias para identificar el estado de la calidad, encontrar las dificultades o valorar la satisfacción de los usuarios?		
4) Se han realizado actividades de promoción de estilos de vida saludable en la comunidad orientadas a la prevención de enfermedades crónicas (Información, Comunicación y Educación).		
5) ¿Cómo se realiza la captación de casos nuevos para el programa?, ¿Se hacen tamizajes en la población en riesgo? Ó ¿Se hace de forma pasiva a través de la consulta médica?		
6) Los pacientes con enfermedades crónicas son pacientes especiales ya que del seguimiento de los planes depende la evolución de complicaciones. ¿Podría usted contarnos cuáles son los problemas que se tienen en la atención a estos pacientes?		
7) Por otro lado los pacientes con enfermedades crónicas son en su mayoría gente muy adulta y generalmente pobres ¿Qué demandas reconoce usted que hacen estos pacientes? (Medicamento, atención, exámenes de laboratorio, exámenes especiales, dietas, ejercicios).		

8) De las necesidades que se plantean para asegurar el bienestar de sus pacientes, ¿qué capacidad real tiene el servicio para atender estas necesidades?
9) ¿Qué tanto funciona la estrategia de referencia y contrarreferencia para el seguimiento de la enfermedad y prevención y control de complicaciones?
10) ¿Cuál cree usted que ha sido el impacto del programa que usted desarrolla en el estado de salud del adulto mayor con enfermedades crónicas?
11) ¿Qué comentarios o quejas ha escuchado usted sobre la calidad de los servicios que se brindan sea o no justificadas?
12) ¿Considera usted que los servicios que brinda este programa resuelve en gran medida las necesidades que estos pacientes tienen? ¿En qué resuelve? ¿En qué aspecto no resuelve? ¿Dónde están las dificultades?
13) ¿Por qué cree usted que los pacientes que atiende vienen a este programa?, ¿No tienen otras opciones?, ¿Si las tuviera vinieran a este programa?, ¿Cómo haría este programa para competir con otros programas?
14) ¿Qué se podría hacer para modificar la cobertura o accesibilidad de este programa?
15) ¿Qué aspectos, considera usted, que se deben abordar en el programa para satisfacer las necesidades de salud que tiene esta población de usuarios?
16) ¿Qué aspectos, considera usted, que no se deben abordar en este programa para satisfacer las necesidades de salud que tiene esta población de usuarios?
17) De forma general ¿Cómo valora usted la calidad del desempeño de este programa?

Necesidades de atención en salud del adulto mayor con enfermedades crónicas en la ciudad de León.

Entrevista a profundidad

Adulto mayor

Se saluda y se explica los objetivos de la entrevista. Si tiene el tiempo suficiente y la voluntad de participar se le solicita autorización para grabar la entrevista. Se procede llenando los datos generales y posteriormente las preguntas

I. Datos generales:		
Edad: /__/_/	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Escolaridad: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior
Religión: <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Testigos de Jehová <input type="checkbox"/> Otros		Ocupación: <input type="checkbox"/> Jornalero <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Pequeño empresario <input type="checkbox"/> Profesional
Procedencia: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	Motivo de integración al programa:	
II. Guía de preguntas:		
1) ¿Cómo llegó usted a este programa?, ¿Antes había oído o conocía sobre la existencia de la enfermedad que padece actualmente?, ¿Qué tanto sabía?		
2) ¿Cuánto tiempo pasó desde que inició las molestias hasta adscribirse al programa?, ¿Consideró en algún momento no adscribirse a este programa?		
3) Hay personas que no se han adscrito a este programa viviendo con enfermedades crónicas como usted. ¿Porqué cree usted que no se adscriben?		
4) Actualmente usted ¿cómo se siente en su estado general de salud?		
5) Qué tanto conoce usted sobre su enfermedad: ¿Causa, tratamiento, reacciones adversas del tratamiento, cuidados especiales, exámenes, acciones de prevención? ¿Quién le ha brindado este conocimiento?		
6) Donde considera usted que tiene la mayor dificultad para el seguimiento adecuado de las indicaciones del médico que lo atiende?, ¿Dinero, medicamento, alimentación adecuada, ejercicios, información sobre algunos aspectos?		

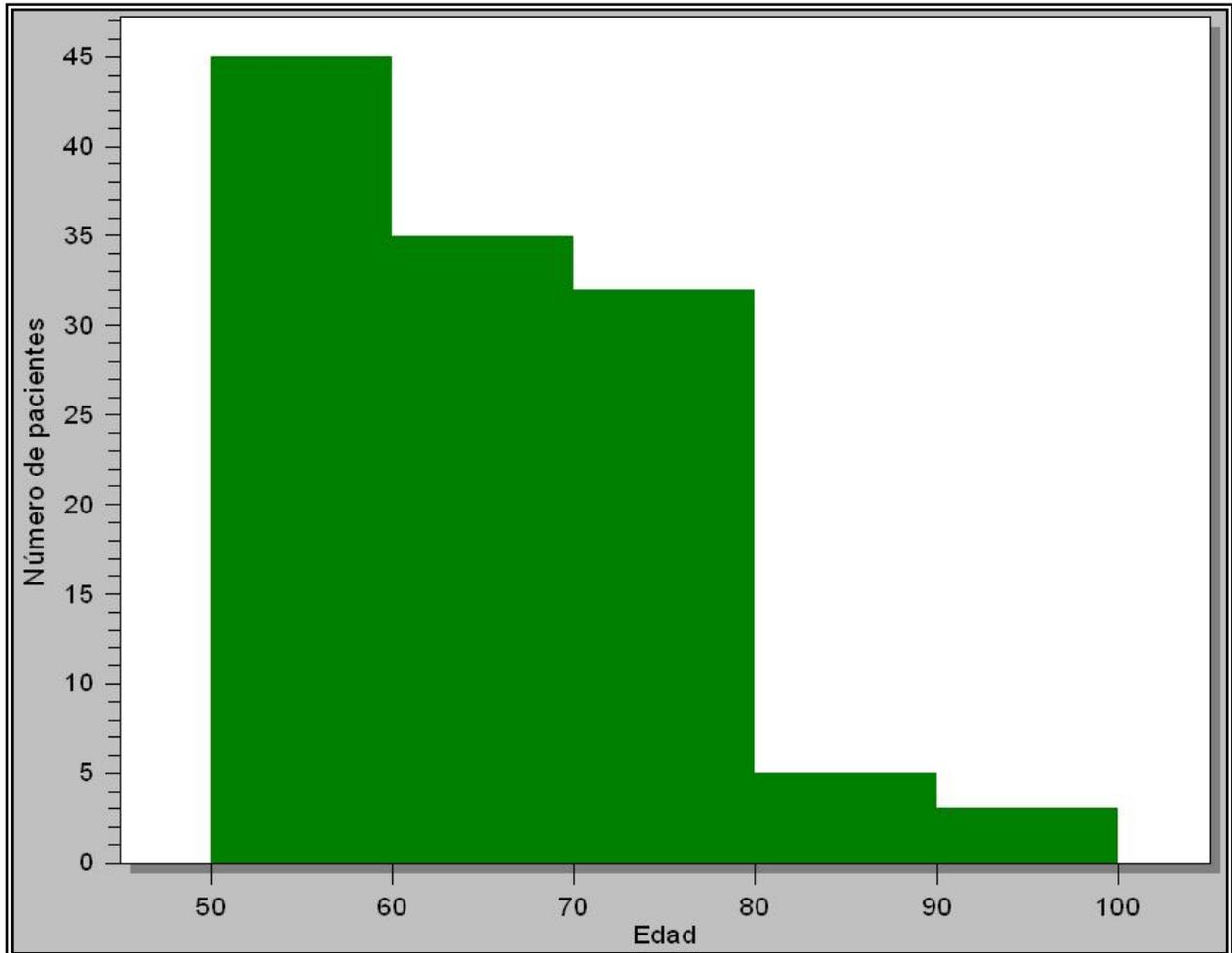
7) ¿Cómo valora usted su actitud sobre la adherencia a las orientaciones médicas para el control de su enfermedad?
8) ¿Cada cuanto tiempo lo atienden a usted en el programa? ¿Considera que es suficiente?, ¿Cuándo ha llegado fuera de programación lo atienden bien o lo han rechazado?.
9) ¿Qué dificultades ha tenido para el adecuado control de su enfermedad para evitar complicaciones?
10) Actualmente se encuentra asistiendo activamente al club de dispensarizados? ¿Cómo valora sus actividades?
11) ¿Qué dificultades ha tenido para la asistencia puntual y periódica a las consultas o reuniones de su club?
12) ¿Qué tanto resuelve usted sus problemas de salud con la asistencia al Club de crónicos?
13) ¿Qué tanto valora usted el programa de atención de enfermedades crónicas para el buen cuidado de su salud?
14) ¿Si alguna vez se ha ausentado del programa, el personal de salud lo ha buscado en su casa? ¿Qué importancia tiene para usted eso?
15) ¿Cómo valora las actividades asistenciales que le brinda el programa?
16) ¿Qué aspectos considera usted que son necesarios para mejorar la calidad de atención en el programa?

Necesidades de atención en salud del adulto mayor con enfermedades crónicas en la ciudad de León. Guía de observación del expediente clínico

I. Datos generales:		
Edad: /__/__/	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de ingreso: /__/__/__/ Fecha de hoy: /__/__/__/
Escolaridad: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior	Ocupación: <input type="checkbox"/> Jornalero <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Pequeño empresario <input type="checkbox"/> Profesional	
Procedencia: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	Diagnóstico:	
II. Guía de observación:		
1) ¿En el expediente se encuentra la historia clínica completa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registrado	
2) ¿Se encuentra en el expediente los exámenes de ingreso?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registrado	
3) ¿En los 6 últimos meses el paciente ha acudido a su cita de forma continuada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registrado	
4) En los 6 últimos meses se ha enviado al paciente exámenes de laboratorio de rutina?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registrado	
5) En los 6 últimos meses se ha enviado al paciente exámenes de laboratorio complementarios?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registrado	

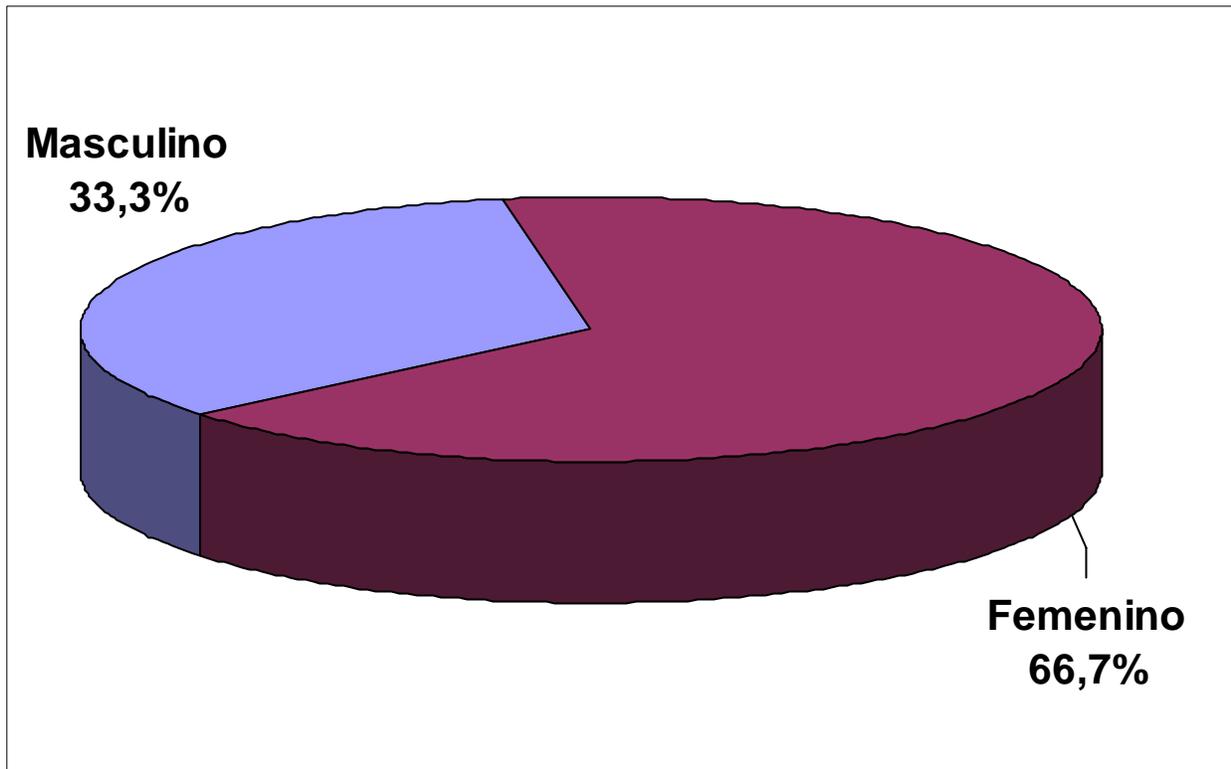
6) ¿Se ha hecho interpretación de hallazgos nuevos tanto del examen físico como de resultados de laboratorio?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registrado
7) En los últimos 6 meses ¿se ha actualizado el diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registrado
8) El paciente, durante su estancia en el programa ¿ha presentado alguna complicación?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registrado
9) Si el paciente ha tenido alguna complicación, éste ¿recibió atención especializada?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registrado
10) ¿En los últimos 6 meses se ha realizado alguna ínter consulta con otras especialidades por problemas relacionados con su enfermedad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registrado
11) ¿En los últimos 6 meses se ha realizado alguna ínter consulta con otras especialidades por problemas no relacionados con su enfermedad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registrado
12) ¿El paciente ha tomado el tratamiento indicado para su enfermedad de forma sistemática?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registrado
13) ¿Existen recomendaciones claras sobre aspectos que el paciente debe realizar para complementar el tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registrado
14) Se ha orientado al paciente ingresar a un club de paciente crónicos?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registrado
15) ¿Se ha informado al paciente o sus familiares de su estado de salud?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No registrado

Gráfico 1. Histograma de las edades de los pacientes dispensarizados atendidos en los Centros de Salud de la ciudad de León. Agosto – Septiembre del 2,005.



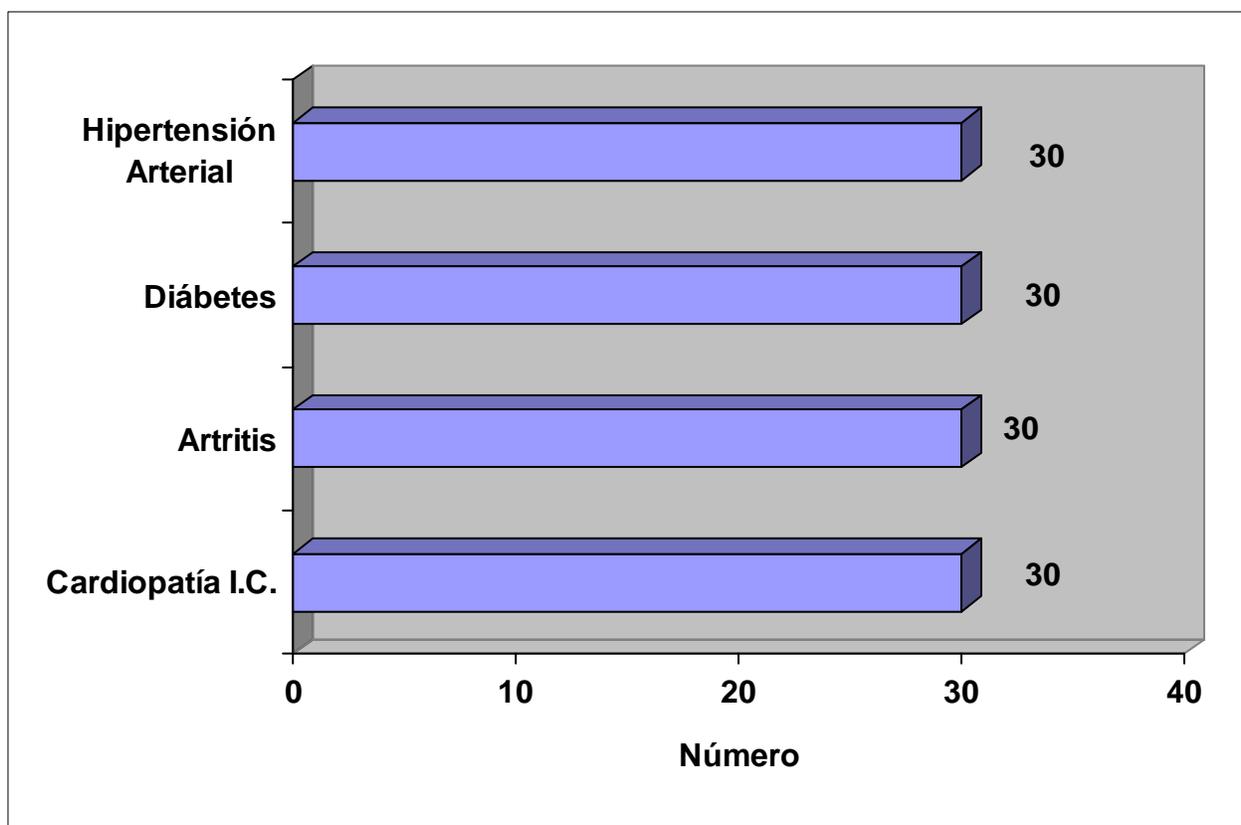
Fuente: Expediente clínico

Gráfico 2. Genero de los pacientes dispensarizados atendidos en los Centros de Salud de la ciudad de León. Agosto – Septiembre del 2,005.



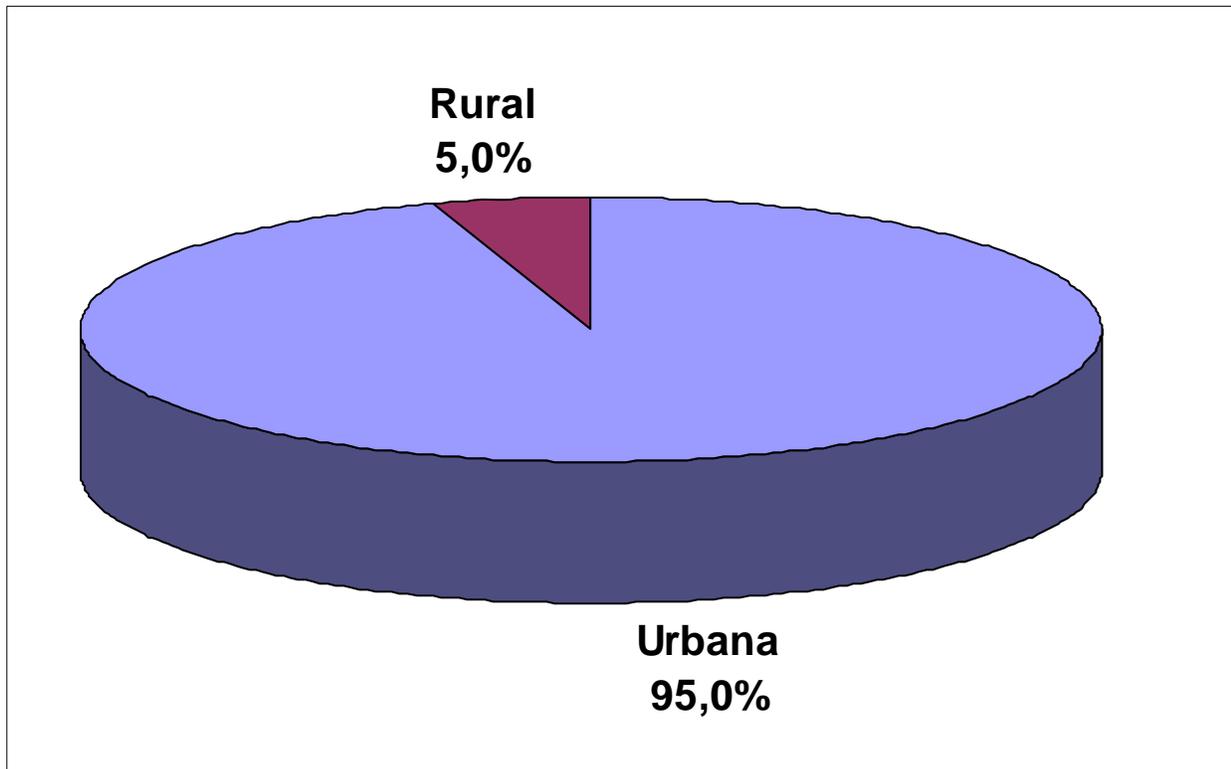
Fuente: Expedientes clínicos

Gráfico 3. Patologías que cursan los pacientes dispensarizados atendidos en los Centros de Salud de la ciudad de León. Agosto – Septiembre del 2,005.



Fuente: expedientes clínicos

Gráfico 4. Procedencia de los pacientes dispensarizados atendidos en los Centros de Salud de la ciudad de León. Agosto – Septiembre del 2,005.



Fuente: Expedientes clínicos

Cuadro 1. Observación de los datos registrados en el Expediente clínico de los pacientes atendidos con enfermedades crónicas en el programa dispensarizados que llevan los Centros de Salud de la ciudad de León. Agosto del 2,005.

Situación	Número	Porcentaje
1) Historia clínica completa en expediente	25	20,8%
2) Se encuentra los exámenes de ingreso	68	56,7%
3) El paciente ha acudido a su cita	79	65,8%
4) Se ha enviado exámenes de laboratorio de rutina	78	65,0%
5) Se ha enviado al paciente exámenes de laboratorio complementarios	44	36,7%
6) Se interpretan los hallazgos nuevos	106	88,3%
7) Se ha actualizado el diagnóstico	80	66,7%
8) Ha presentado alguna complicación	22	18,3%
9) Recibió atención especializada	17	77,2%
10) Se ha realizado alguna ínter consulta con otras especialidades por problemas relacionados con su enfermedad	25	20,8%
11) Se ha realizado alguna ínter consulta con otras especialidades por problemas no relacionados con su enfermedad	7	5,8%
12) El paciente ha tomado el tratamiento indicado para su enfermedad de forma sistemática	6	5,0%
13) Existen recomendaciones claras sobre aspectos que el paciente debe realizar para complementar el tratamiento médico	30	25,0%
14) Se ha orientado al paciente ingresar a un club de paciente crónicos	0	0,0%
15) Se ha informado al paciente o sus familiares de su estado de salud	1	0,8%

Fuente: expedientes clínicos

Cuadro 2. Análisis de las necesidades en Salud. Generado a partir de la interpretación de las entrevistas a profundidad del personal de salud y adultos mayores que asisten al programa de Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

<i>Los problemas</i>	<i>Las necesidades y sus equivalentes</i>	<i>Los objetivos o las normas</i>
Las acciones de promoción de estilos de vida saludables, de captación precoz y de educación para el auto cuidado son pocas, mal organizadas y no tienen el impacto deseado.	El Ministerio de Salud organiza y apoya al SILAIS a darle salida a acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedades crónicas y sus complicaciones.	Establecer las estrategias y acciones que contribuyan a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las principales enfermedades crónicas.
El paciente recibe medicamentos cada dos meses, algunas veces es incompleto y no se atiende las necesidades reales de servicios, dispensación de medicamentos, ni exámenes complementarios	Necesidades de, insumos médicos y no médicos, de personal, redefinición del rol de los clubes de enfermedades crónicas.	Persona bien atendida, que recibe el medicamento para su enfermedad base y cuidados para evitar complicaciones. Lleva vida plena individual, familiar y socialmente. Se organiza para comprender mejor su situación de salud y prevenir complicaciones.
Tipo y cantidad de servicios producidos actualmente son insuficientes.	Incrementar las acciones evaluando su eficacia.	Servicios asistenciales, de promoción y prevención se realizan de forma sistemática con buen impacto en el estado de salud de las personas mayores.
El tipo y cantidad de recursos del programa son insuficientes y algunas veces inadecuados. Los clubes apenas llegan a constituirse en reuniones obligadas y una carga para el personal y el paciente.	Se requiere incrementar el presupuesto del sector salud y de la respuesta social.	Deberían incrementarse para cumplir estos objetivos, integrar acciones con el resto de instituciones del estado y la sociedad. Si se toma en cuenta que estos pacientes están entre los más pobres debería asegurarse la gratuidad de los servicios propios del programa y de las necesidades que surjan por su condición de adulto mayor.

Fuente: Entrevistas del personal medico y adulto mayor
