



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN**



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**SISTEMATIZACIÓN DEL CUIDADO EN DOMICILIO AL ADULTO
MAYOR: EL CASO DE UNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL**

TESIS

Que para obtener el GRADO de:

**MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**Licenciada en Enfermería y Obstetricia
ESTEFANÍA FAJARDO GONZÁLEZ**

**DIRECTORA DE TESIS:
MIS. BEATRIZ ADRIANA URBINA AGUILAR**

**CO-DIRECTORA DE TESIS
MYRTHA CIONTI BAS, INFIRMIERE. B.SC.M.Sc.**

OCTUBRE 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Sistematización del cuidado en domicilio al adulto mayor:
El caso de una institución de seguridad social

T E S I S

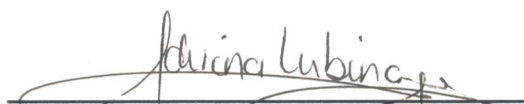
Para obtener el GRADO de:
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería

Presentada por:

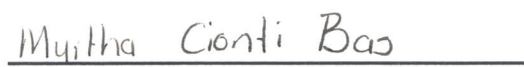
Licenciada en Enfermería y Obstetricia
Estefanía Fajardo González

Aprobado por el Comité de Tesis:

D i r e c t o r a


MIS. Beatriz Adriana Urbina Aguilar

C o - D i r e c t o r a


Myrtha Cionti Bas, Infirmiere. B.SC. M. Sc.

Octubre de 2017



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

Sistematización del cuidado en domicilio al adulto mayor: El caso de una institución de seguridad social

ELABORADA POR:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ESTEFANÍA FAJARDO GONZÁLEZ**

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO


Dra. Sandra Olimpia Gutiérrez Enríquez

SECRETARIO


Dra. Aracely Díaz Oviedo

VOCAL


MIS. Beatriz Adriana Urbina Aguilar

18 de Octubre de 2017

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Justificación	2
III.	Planteamiento del problema	6
IV.	Preguntas de investigación	9
V.	Marco teórico	10
	5.1 Envejecimiento y adulto mayor	10
	5.2 Enfermedades Crónico No Trasmisibles (ECNT)	12
	5.3 El cuidado domiciliario de las ECNT en el Adulto Mayor	13
	5.4 Políticas mundiales sobre envejecimiento y las ECNT	19
	5.5 Sistemas de salud	22
	5.5.1 Sistema de salud mexicano	22
	5.5.2 Sistema de salud en Quebec, Canadá	23
	5.6 Sistematización como herramienta administrativa	26
	5.7 Investigación cualitativa	27
VI.	Objetivos	29
VII.	Metodología	30
	7.1 Metodología general del estudio	30
	7.1.1 Descripción del caso	31
	7.1.2 Selección de informantes	32
	7.2 Metodología aplicada para el estudio	37
	7.2.1 Fase de preparación	37
	7.2.2 Fase de planeación	38
	7.2.3 Fase de implementación	38
	7.2.4 Fase de redacción y difusión de resultados	38
	7.3 Técnicas para la recolección de información	40
	7.3.1 Observación participante	40

7.3.2	Entrevista semiestructurada	40
7.3.3	Grupo de discusión	41
7.3.4	Diario de campo	41
7.4	Gestión y análisis de la información	42
7.5	Consideraciones éticas	43
7.5.1	Criterios de rigor	44
VIII.	Resultados	46
8.1	Fase 1: Canadá	47
8.1.1	Fase 1: SAD, CSSS-DLL, Quebec, Canadá	47
8.1.2	Propósito de la integración de un programa al sistema público de salud	50
8.1.3	Organización institucional para la prestación del servicio	53
8.1.4	Organización del trabajo	56
8.1.5	Funcionamiento operativo	61
8.1.6	Evaluación del trabajo	70
8.1.7	Mejora continua	75
8.2	Fase 2: México	78
8.2.1	Organización institucional para la prestación del servicio	78
8.2.2	Organización del trabajo	79
8.2.3	Funcionamiento operativo	80
8.2.4	Evaluación del trabajo	83
8.3	Fase 3: Resultados México-Canadá	86
IX.	Discusión	102
X.	Conclusión	106
XI.	Presupuesto	108
XII.	Cronograma	110
XIII.	Bibliografía	113
XIV.	Anexos	124
XV.	Proyecto	152

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Clasificación de informantes del equipo SAD en la etapa 1	33
Cuadro 2: Clasificación de informantes usuarios del SAD en la etapa 1	34
Cuadro 3: Perfil de informantes del equipo PADEC	34
Cuadro 4: Integración del programa al Sistema Público de Salud	86
Cuadro 5: Organización institucional para la prestación del servicio	87
Cuadro 6: Organización del trabajo	89
Cuadro 7: Funcionamiento operativo	90
Cuadro 8: Evaluación del trabajo	98

I. INTRODUCCIÓN

En esta investigación se desarrolló una propuesta sistematizada de cuidado domiciliario al adulto mayor con patología crónica para México, estableciendo los criterios que contiene a partir de la realización de un *benchmarking* entre los programas de atención domiciliaria existentes, en Quebec, Canadá y en San Luis Potosí, México.

Esto debido a que en México únicamente una Institución de seguridad social provee de estos servicios y resulta insuficiente para la población creciente y demandante de los servicios especializados de larga duración. Además aunque si bien es cierto el programa de cuidado domiciliario que opera en México tiene experiencia en el campo, no existen evidencias que apoyen la eficacia del mismo.

Se estudiaron, el Programa Atención Domiciliaria al Paciente Crónico en México y el Programa de Apoyo a las Personas Mayores con Pérdida de la Autonomía en Canadá, permitiendo hacer el *benchmarking* que sirve como referente para el logro del objetivo general.

Se abordan temas como lo son: el envejecimiento, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), el cuidado domiciliario en México y Canadá, las políticas de cuidado, los sistemas de salud, la sistematización como herramienta administrativa.

Es un estudio con enfoque cualitativo. Se desarrolló en 3 fases; la primera en Canadá y la segunda y tercera en México; durante las primeras dos se estudiaron los programas de cuidado domiciliario que operan en cada uno de estos contextos con el fin de conocer su estructura e identificando los aspectos que sirven como precedente a la nueva propuesta, desarrollada en la fase tres de este estudio.

II. JUSTIFICACIÓN

El crecimiento en las tasas de población de la tercera edad puede considerarse un éxito de las políticas públicas en salud pero implica un reto para la sociedad que debe adaptarse al cambio de manera favorable, para lo cual es necesario realizar una reestructuración de las estrategias para atender las necesidades de esta sociedad¹.

Aproximadamente en el mundo hay 605 millones de personas de más de 60 años, proporción que seguirá aumentando durante las próximas décadas. Para el año 2025 se estima que habrá 1,200 millones de personas de la tercera edad en todo el mundo y dos de cada tres vivirán en países en desarrollo². En Norteamérica se estimó que para el 2010 contarían con una población de 57,085,908 personas de más de 65 años^{3,4,5}.

Para el 2013 en México existían 118,395,054 habitantes de los cuales 3,101,182 corresponden al grupo de edad de mayores de 75 años y que para el 2015 éste mismo grupo de edad será de 3,291,708, lo cual nos habla del incremento de la población con relación a la esperanza de vida y se estima que va de 74.51 años para el 2013 hasta 74.95 para el 2015⁶, lo cual hace notar que no solo basta con aumentar las tasas de supervivencia, sino que también se debe considerar vivir con dignidad, seguridad y cuidado constante para motivar y lograr que estos adultos mayores puedan ser funcionales hasta la conclusión de su ciclo vital.

El envejecimiento se da a diferentes niveles: molecular, celular, psicológico y psico-social⁷. Estos factores resultan en algunos casos adyacentes a la presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)^{8,9,6} a las que puede sumarse la dependencia por cuestiones de la edad o de la propia enfermedad que curse¹⁰.

Por consiguiente, la tendencia mundial de la enfermedad compromete a los servicios sanitarios, que deberán enfocarse hacia el cuidado del anciano y a los problemas crónicos. Así como a cuestionarse, sobre las redes de soporte institucional a personas en proceso de pérdida de la autonomía.

En México la única institución que brinda atención domiciliaria es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través del Programa de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico (PADEC), sin embargo, éste programa es específico para la prevención de complicaciones y no de la atención hacia la recuperación del paciente. Presenta dificultades en su operación debido a que no todo el personal se involucra en las actividades del programa¹¹. Y es ambiguo en cuanto a los requisitos para acceder al programa¹².

La formación en cuidados específicos domiciliarios a personas de la tercera edad, para prevenir y tratar las enfermedades crónicas asociadas a la edad, debe ser prioritario así como, elaborar políticas sostenibles sobre la atención paliativa de larga duración y diseñar servicios y entornos adaptados para proporcionar los cuidados en el domicilio¹³.

En Quebec¹⁴, el cuidado en domicilio es un trabajo colaborativo, donde todos los actores benefician al paciente de manera activa con enfoque interdisciplinario; entendiéndose, para fines de este estudio cómo la interacción de varias disciplinas que implica el intercambio de saberes, conceptos, puntos de vista y juicios; para lograr las metas, desarrollar un nuevo conocimiento y evitar que se realicen acciones de forma aislada, dispersa o segmentada.

El trabajo interdisciplinar los objetos de estudio son analizados de modo integral y se promueve el desarrollo de nuevos enfoques metodológicos con el fin dar soluciones a los problemas de salud, asumiendo actitudes críticas y responsables ante las políticas y necesidades sociales, científicas y tecnológicas que los afecten. Implica elaborar un marco referencial con los conceptos, proposiciones, principios, teorías y modelos de las distintas disciplinas que convergen.

El equipo multidisciplinario, el paciente y la familia, trabajan en conjunto para plantear los objetivos y apropiarse cada uno de las intervenciones de forma racional, lógica y sistemática¹⁵ para lograr mejorar el estado de salud del paciente¹⁶, que deberá estar contenido dentro de las políticas públicas en salud¹⁷. Como un programa con adecuada implementación¹⁸.

Con el fin de identificar la forma en que se brinda el cuidado en domicilio en el caso ejemplar –el de Quebec- para plantear una propuesta de Sistematización del cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México, se resaltan las mejores prácticas para cuidar a un adulto mayor con ECNT en su domicilio, además de verificar y crear un entorno familiar favorable que facilite el apego al tratamiento, la disminución de complicaciones.

Así mismo, el personal de salud debe tener un mejor seguimiento de pacientes, cuidado del paciente cuando éste egresa de las unidades hospitalarias o de las consultas médicas, teniendo una propuesta de trabajo que facilite las prácticas de cuidado. Indudablemente, resulta de suma importancia el rol de enfermería, como figura responsable de vigilar y coordinar las actividades en el domicilio.

El cuidado que se brinde en el hogar debe ser solo en beneficio del paciente, de la familia y de la comunidad en donde el individuo vive y se desarrolla. Se trata de analizar el tema del cuidado domiciliario para que la discusión relativa a, quién se hace cargo de las personas dependientes, en este caso adultos mayores, forme parte del análisis académico, social y político para la reorganización de los sistemas de protección social, la reforma de los sistemas de salud y el desarrollo de los servicios sociales¹⁹.

A su vez, el gasto para la provisión pública de servicios de cuidado involucra, el presupuesto destinado a educación y salud, la calidad de los servicios ofrecidos, y la eficiencia del gasto, determinados por la política de empleo público que debe contemplar la magnitud y composición del gasto, contrastado a la demanda potencial de los servicios, dando cuenta de la magnitud del trabajo requerido y reducir la presión del tiempo de cuidado, no remunerado al interior de los hogares²⁰.

Existen información acerca del cuidado y de cómo éste debe ser parte de la agenda pública^{21,22}, así como del envejecimiento²³; pero no así de cómo el envejecimiento conlleva cuidados domiciliarios y que los padecimientos crónicos

deben ser tratados por personal profesional cuando el adulto mayor se encuentra en su domicilio.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cuidados de las personas se han resuelto históricamente en el seno de las familias, pero las necesidades de cuidado no son las mismas ni tampoco las personas que pueden prestarlos.

Los cambios en la fecundidad, los procesos de envejecimiento de la población y las migraciones, impactan en el tamaño de los hogares, en las estructuras familiares, en la composición de los hogares, en las relaciones entre sus miembros y en su bienestar. Las transformaciones culturales, los procesos de individualización y secularización diluyen los lazos familiares tradicionales, incidiendo en las demandas de cuidado y en las posibilidades de satisfacerlas²⁴.

En la actualidad se sabe que las ECNT son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Siendo responsables del 63% de las muertes a nivel mundial²⁵ el 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles se registra en países de ingresos bajos y medianos²⁶. En los países de Norteamérica, durante el 2010 éstas enfermedades equivalían, en Canadá al 89% de las defunciones, en USA al 87% y en México al 78%²⁷.

Envejecer condiciona importantes impactos en la economía de las familias, esto también, debido a la presencia de patologías crónicas que presentan las personas de este grupo de edad. En la actualidad 27% de los adultos mayores de 60 años presentan una discapacidad y de ellos sólo 5% son totalmente dependientes²⁸.

El tema del cuidado y las responsabilidades familiares, principalmente el cuidado de los niños y las personas dependientes, plantea de manera directa la interrogante acerca de la posición de las mujeres. Sin embargo, el aumento generalizado de actividad femenina, particularmente de las madres, replantea la pregunta acerca de las obligaciones familiares y la forma de compartirlas, ¿Quién asume los costos del cuidado de las personas dependientes?, ¿cómo deben repartirse los roles y la responsabilidad entre el estado, la familia, el mercado y la comunidad¹⁴.

México adopta estrategias enfocadas a grupos vulnerables para que éstos no lleguen a ser dependientes, sin embargo, de alguna manera queda desprotegido el grupo de aquellos con algún grado de dependencia que les impida desplazarse de manera segura y continua a recibir atención²⁹.

De la misma manera, las actividades propuestas^{30,31} dejan fuera de las intervenciones en salud, al cuidador o familia del adulto mayor, que se encuentra en su hogar y que por las características de su estado de envejecimiento y patología crónica necesita cuidados continuos y especializados. Pero, debido a que aún tienen cierto grado de autonomía y control patológico no le hace candidato para encontrarse permanentemente en una unidad hospitalaria.

Por lo tanto, se plantea una clara necesidad de prestar el cuidado en el domicilio tomando en cuenta de manera clave aquellos servicios de enfermería específicos para los pacientes de la tercera edad^{32,33,34} con alguna ECNT en su domicilio y ello, dentro del sistema público de salud.

En la actualidad, en México únicamente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)¹² presta este tipo de servicio, como un apoyo para la atención de sus derechohabientes, pero de asistencia no de un trabajo colaborativo con el cuidador y el paciente³⁵. Y no cuenta con una estructura bien definida que permita una adecuada sistematización de los procesos que se lleva a cabo dentro del programa^{36,37}.

Además los costos que se generan de las complicaciones por padecimientos crónicos consume más del 7% del ingreso total anual del IMSS, complicaciones que resultan en la pérdida de algún miembro anatómico del paciente y con ello generando exacerbación de la patología con que ya cursa el paciente^{38,39}.

Esto sucede mientras que en Quebec cuentan con un programa que atiende a población con características como en el IMSS, es decir, que están imposibilitados, física o psíquicamente, para asistir a consulta externa, pero con una estructura organizacional que sustenta el trabajo en beneficio del paciente⁴⁰ dentro del hogar.

Existen evaluaciones como el índice “*Global AgeWatch*” y los análisis epidemiológicos de la Organización Panamericana de la Salud, de cada uno de los países que permiten ver el impacto de las acciones que realizan para preservar la autonomía del paciente, las cuales han resultado favorables y les permiten conocer que aspectos deben continuar y cuáles deberán ser modificados para lograr una mejora considerable⁴¹.

Tomando como parte importante del problema que el bienestar y protección social de calidad a los miembros de una sociedad, radica en una adecuada distribución de las responsabilidades de los integrantes, en este caso personal de salud, familia y paciente.

Tomando en cuenta que para dispensar los servicios básicos, las políticas sanitarias y la seguridad social, a las personas dependientes implica una intervención de los poderes públicos hacia la esfera privada del hogar¹⁴. Así pues, la construcción de los cuidados domiciliarios es un problema público que debe ser reconocido y tener intervención política¹⁶.

De ahí la importancia de observar cómo se llevan las actividades dentro del programa Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (ADEC) del IMSS y el programa de apoyo en el hogar (CSSS) del Ministerio de Salud y Servicios Sociales (MSSS) de Quebec, tomando en cuenta ambos contextos para que a partir de los datos obtenidos, se pueda realizar una propuesta de mejora de los procesos para integrarlo en un nueva propuesta de Sistematización del cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México.

IV. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Fase 1.

¿Cuáles son las características y el funcionamiento de los programas de apoyo a la autonomía de las personas mayores programa en el hogar del Centro de Salud y Servicios Sociales *Dorval-Lachine-LaSalle* (CSSS) e identificar las características que puedan ayudar al desarrollo de un proyecto sistematizado de cuidado domiciliario para México?.

Fase 2.

¿Cuáles son las características y el funcionamiento del programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (ADEC) del Instituto Mexicano del Seguro Social en México e identificar las características en el entorno mexicano que dan respuesta a las necesidades de la población en el país?.

Fase 3.

¿Cuáles son las similitudes y diferencias de ambos programas que permitirán desarrollar una propuesta de Sistematización del cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México?

V. MARCO TEÓRICO

5.1 ENVEJECIMIENTO Y ADULTO MAYOR

Actualmente la identidad de una persona se asocia con la personalidad adoptada cuando comienza con las tareas adultas y principalmente por su inmersión en el ámbito laboral.

Esto favorece a la “consolidación de los límites y las conductas tanto individuales como sociales, el sentido de pertenencia y la adjudicación de responsabilidades”. Sin embargo en el caso de los adultos mayores esta identidad se va perdiendo al perder el rol laboral y por tanto, dentro de la familia y de la sociedad; aunque es una etapa de la vida y el desarrollo, la manera en como este proceso se da, depende de los recursos “intelectuales, sociales, biológicos y materiales” acumulados durante las etapas anteriores⁴².

La percepción de que envejecimiento es el deterioro mental y físico, es común⁴³, sin embargo este concepto corresponde a un proceso complejo. *Adulto mayor* se les considera a las personas que han alcanzado una edad de 60 a 65 años, independientemente de su condición física y mental⁴⁴.

De la misma manera, la presencia de un adulto mayor en casa, es decir una persona en proceso de envejecimiento, transforma en forma sustancial y progresiva la dinámica familiar, repercutiendo así en un cambio sobre la estructura y dinámica social, ya que los adultos mayores son los mayores consumidores de servicios de salud⁴⁵.

Por lo tanto, el deterioro de la salud física y mental que acompañan a la vejez, sumados al aumento de problemas de salud crónicos, conducen a la limitación funcional y gradual de la autonomía para poder realizar tareas simples que favorezcan no solo sus condiciones de vida sino del proceso patológico que enfrentan.

Estos factores relacionados hacen del adulto mayor un individuo vulnerable, además de contribuir al aumento en las tasas de discapacidad y morbi-mortalidad^{46,47}.

A nivel mundial 91 países han presentado sus datos sobre calidad de vida para las personas mayores, creando con esto un indicador llamado *índice Global AgeWatch* que se encarga de crear un ranking global en donde Canadá queda en 5to lugar general y México en el 56vo mientras que en cuanto al indicador que corresponde a salud Canadá queda en 2do mientras que México queda en el 35vo⁴⁸.

Esto nos habla de observar las estrategias que ha planteado el gobierno canadiense y en particular el Ministerio de Salud de Quebec para generar un análisis que permita adoptar nuevas estrategias para la mejora en la organización de los programas, como en este caso, en atención domiciliaria que permitan optimizar los recursos para beneficio de la población.

Tan solo en la ciudad de México del total de adultos mayores el 48.6% se encuentran afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social, aunado a esto en el mundo así como en México las ECNT son los padecimientos predominantes entre los adultos mayores⁴⁹.

5.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT)

Entre las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) destacan las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes; las cuales representan un problema mundial con graves repercusiones ya que tienen serios efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados.

Son causa de muertes prematuras; además de que tienen efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general⁵⁰. Sin embargo, dichas patologías tienen en común varios factores de riesgo modificables como lo son; alimentación poco saludable, sedentarismo y consumo de tabaco.

Se prevé que si no se actúa, unos 388 millones de personas morirán de ECNT en los próximos 10 años afectando con esto a las familias, comunidades y países ya que las muertes prematuras redundan directamente en el crecimiento económico de un país⁵¹.

La OPS indica que las ECNT causan tres de cada cuatro defunciones en las Américas, es decir, unos 4.45 millones de muertes anuales. Por lo cual se discute un plan de acción para la prevención y control de estas enfermedades, el cual pretende reducir un 25% de las muertes prematuras por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades crónicas respiratorias para el 2025⁵².

Para ello también describe modelo de atención médica para abordar en forma integrada las enfermedades no transmisibles, dentro del cual propone un cambio sustancial de las formas tradicionales de organización y prestación del cuidado.

Indica que el manejo de las ECNT es más eficaz cuando los pacientes y el personal de salud son socios expertos, cada uno en su propio dominio; el personal de salud en cuanto al manejo clínico de la enfermedad y los pacientes con respecto a su experiencia con sus padecimientos, necesidades y preferencias⁵³.

5.3 EL CUIDADO DOMICILIARIO DE LAS ECNT EN EL ADULTO MAYOR

En conjunto a la transición demográfica, el mundo también se encuentra inmerso en una transición epidemiológica, reemplazando las enfermedades agudas por las enfermedades de larga duración como las llamadas ECNT.

Esto implica una reorganización no solo de los servicios sanitarios, sino sociales, ya que estas enfermedades representan además de un aumento en la demanda del servicio médico, una demanda social que implica un cuidado fuera de las unidades de salud⁵⁴.

Los adultos mayores en su mayoría sufren de una o más ECNT, además de algún grado de discapacidad o dependencia, como característica no solo de la edad sino de las propias patologías que padecen. Como una persona envejece y las enfermedades crónicas se desarrollan aumenta la necesidad de soporte para el cuidado⁵⁵, para poder realizar las actividades de la vida diaria en las cuales se incluye su cuidado o tratamiento.

Es importante aclarar que las intervenciones seleccionadas en la atención en salud deben conducir a cambios favorables en el estado de riesgo y los resultados, ser rentable, financiera y logísticamente factible⁵⁶. Canadá no toma el concepto de prestación de servicios en sus políticas, sino más bien en ellas habla de un apoyo igualitario entre las partes involucradas⁵⁷.

Los momentos que está viviendo la humanidad, en los cuales la Enfermería está inmersa, ameritan que se haga una reflexión seria y profunda sobre el rumbo que está tomando la sociedad, con los adelantos técnicos y científicos, en estos tiempos en los cuales los valores humanos, éticos y morales están siendo soslayados en los que intervienen varios factores: ⁵⁸

1. Necesidades (carencias).
2. Intereses (satisfacción de necesidades).
3. Fines (cómo se logran).

4. Experiencias precedentes

Todos los profesionales de la salud deben de desempeñarse cumpliendo los requisitos éticos principales de no maleficencia, beneficencia y justicia. Para lograr la autonomía del paciente, de decidir en libertad, como un derecho personal y social. Buscar el respeto interno y externo, la voluntad de ser uno mismo responsable de su decisión. El desarrollo de la autonomía de los pacientes favorece la relación enfermero-paciente⁵⁵.

Cuando se habla de adultos mayores se tienen que tomar en cuenta los desafíos ante los cuales se enfrenta como lo es el riesgo de deterioro funcional y las ECNT que padece, tomando en cuenta que será necesaria la ayuda profesional en los hogares.

Resultando que el cuidado en casa implica responsabilidad profesional con implicaciones éticas para los profesionales de la salud, y sobre todo, para los profesionales de enfermería, que deben ser experimentados, inteligentes y competentes en las tareas básicas⁵⁹.

Una competencia puede definirse como un conjunto de patrones compuestos de características subyacentes a la persona; conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas, que permiten al alcanzar un rendimiento efectivo en una actividad y por lo tanto en su trabajo con el paciente⁶⁰.

La atención innovadora para el marco de las condiciones crónicas, a su vez influyó dentro de la OMS para la gestión integrada del programa, Enfermedades de los Adolescentes y Adultos⁶¹, para orientar la prestación de atención crónica, dónde destaca la importancia fundamental de la atención primaria de salud en la prevención y control de enfermedades crónicas.

Modelos de gestión de enfermedades crónicas que han tenido influencia internacional incluyen un enfoque de atención escalonada, más conocido como el " Pirámide Kaiser " y el programa de autogestión de enfermedad crónica (conocido

en el Reino Unido como el programa paciente experto o paciente asociado como es el caso de Quebec)⁶².

Los estudios controlados y opiniones de los países de altos ingresos han demostrado, que la implementación de modelos pueden producir mejores resultados de salud mediante intervenciones que incorporan la educación médica, un mayor papel de la enfermera (enfermera de gestión de casos), y un mayor grado de integración entre la atención primaria y secundaria tienen más probabilidades de ser beneficiosos³⁴.

La pirámide de Kaiser, como base para la evaluación de riesgos propone 2 herramientas para la evaluación de los cuidados (ACIC), que sirven para evaluar los cuidados propiamente dichos y el PACIC que evalúa los mismos cuidados pero desde la perspectiva del paciente, lo cual favorece para el logro de los objetivos ya que el paciente forma parte activa en todo el proceso de la prestación del servicio.

El ACIC sirve para la mejora en la calidad de la atención ayudando a las organizaciones a evaluar sus fortalezas y debilidades en la prestación del cuidado de las ECNT en 6 áreas; recursos y políticas de la comunidad, apoyo al automanejo, apoyo a la toma de decisiones, diseño del sistema de atención, sistema de información y organización de la atención.

El PACIC mide los elementos específicos relacionados con la aplicación del modelo de cuidados crónicos desde el punto de vista del paciente.

Combinados ofrecen perspectivas generales del cuidado desde el punto de vista del consumidor y del prestador del servicio³⁷.

5.3.1 CUIDADO DOMICILIARIO AL ENFERMO CRÓNICO EN MÉXICO

En la actualidad solo el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se encuentra operando un programa para brindar cuidado domiciliario al enfermo crónico. El programa de atención domiciliaria al enfermo crónico (PADEC) fue instituido en 1990 para brindar atención a derechohabientes del IMSS con secuelas de accidentes vasculares cerebrales, con patologías en fase terminal, en estado

neurovegetativo y que requieran de dispositivos médicos, con secuelas postquirúrgicas. En general pacientes que por su estado de salud no puedan ser movilizados fuera de su domicilio. “A partir del egreso hospitalario en el segundo nivel de atención, y aunque cubre a población de 18 años en adelante, 80% de sus servicios se enfocan a la atención de ancianos, sin embargo, a la fecha no se ha evaluado el impacto de sus acciones en esta población³⁶”

De acuerdo con el programa el personal de salud que participa debe³⁵:

- Atender al paciente y su familia con calidad, eficiencia, efectividad y trato digno.
- Atender los problemas físicos, psicológicos y del entorno social del paciente.
- Propiciar la comunicación asertiva en un ambiente de confianza y empatía.

Estudios anteriores han demostrado que existe relación entre el grado de dependencia de los pacientes y su nivel socioeconómico o educativo, en los pacientes que ingresan al programa ADEC, lo cual refleja una clara necesidad de adecuar las estrategias y procedimientos llevados a cabo para modificar las determinantes que impiden que el paciente pueda obtener un grado de independencia en favor de su propia salud⁶³.

Además el programa no cuenta con datos que determinen la evaluación del impacto, ni se cuentan con instrumentos accesibles sobre la operatividad del mismo. Investigaciones anteriores muestran datos incompletos relacionados con la falta de información relacionada con los pacientes que se atienden bajo el programa y en general sobre el manejo del mismo. También informan que el costo por concepto de tiempo invertido por el cuidador o familiar para la atención del paciente es el más elevado y está relacionado con el número de horas que se invierten para el cuidado del enfermo. Pero tampoco muestran el rol que representa, cuáles son sus actividades, ni cómo afecta positiva o negativamente en el cuidado y la vida del paciente³⁷.

5.3.2 CUIDADO DOMICILIARIO AL ENFERMO CRÓNICO EN CANADÁ

En el modelo canadiense se toma en cuenta a la enfermera como parte del equipo multidisciplinario, con un rol sumamente importante para el desarrollo del programa de atención domiciliaria, ya que su práctica le permite evaluar la salud de una persona e identificar y garantizar la aplicación del plan de atención y tratamiento del equipo de salud, para restaurar y prevenir la enfermedad y proporcionar los cuidados paliativos⁵⁴.

En cuanto a las directrices que constituyen la base del cuidado en Canadá se encuentran⁶⁴:

- Los servicios apropiados, solo los necesarios para cubrir las necesidades;
- Gestionar eficazmente: una división clara de las responsabilidades;
- Trabajando juntos: una estrategia nacional de ayuda a domicilio.

Lo importante de este modelo de trabajo es que al crear acciones coordinadas entre los actores se podrá proporcionar actualizaciones regulares y eliminar los obstáculos a medida que surjan.

El apoyo en el cuidado en el hogar tiene como objetivos⁶⁵:

- Desarrollar una visión compartida de apoyo en el hogar;
- Proporcionar una respuesta adecuada a las necesidades de las personas;
- Identificar la prestación de servicios: los criterios de elegibilidad, la accesibilidad, el contenido y límite de servicios;
- Armonizar las práctica: herramientas de evaluación, los criterios de priorización de las solicitudes, plan de respuesta, los roles y las responsabilidades de los proveedores de servicios y otros en relación con las diversas herramientas requeridas por los organismos profesionales.

El Ministerio de salud y Servicios Sociales de Quebec reitera que la autoridad local es responsable de la organización de los servicios de apoyo en el hogar para toda

la población del territorio, de acuerdo con los recursos disponibles. Como tal, los mecanismos y protocolos deben estar acordados, en primer lugar, con el intercambio y los productores locales; en segundo lugar, con los otros productores que ofrecen servicios de primera o segunda línea al cliente de cada territorio.

El cuidado domiciliario centra su apoyo en pacientes con algún grado de discapacidad. Ya sea significativa o persistente, entendida como el efecto una o más lesiones, discapacidades o enfermedades, que dan lugar a la dependencia.

Que ocasiona que el paciente modifique total o parcialmente, la consecución de estilo de vida, que en algunos casos puede ser compensada por la asistencia técnica. La discapacidad temporal, se refiere a la intervención breve que permite que la persona recupere por completo o casi en su totalidad la plena capacidad afectada y reanudar las operaciones sin secuelas o con un mínimo de secuelas⁶².

Se establecen una serie de evaluaciones para determinar la elegibilidad del individuo como lo son: la valoración del estado físico y del entorno del paciente; la capacidad de autocuidado y establecimiento de necesidades; grado de autonomía; asignación de servicio y cuidado (esto es más que nada la planeación de las acciones en base a las necesidades).

5.4 POLÍTICAS MUNDIALES SOBRE ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

“Se prevé que en los países en desarrollo el número de ancianos que haya perdido su autonomía se habrá cuadruplicado en 2050. El número de personas con discapacidad está aumentando a causa del envejecimiento de la población y el aumento del riesgo de sufrir problemas de salud crónicos con la edad⁶⁶”.

Las políticas sanitarias deben estar diseñadas para que se pueda realizar una planificación sistemática de la promoción y protección de la salud, para un envejecimiento sano, de ahí la importancia de crear programas innovadores para poder atender las necesidades de los adultos mayores, tomando en cuenta que las ECNT son los mayores problemas sanitarios mundiales²⁵, y por tanto las estrategias encaminadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación de estas enfermedades deben ser objeto de mejora para todos los países.

Centrándose en el fomento al autocuidado, incluyendo la reeducación no solo de la población en general sino también de los profesionales de la salud. Resaltando que las políticas, la asistencia social y las relaciones con otros miembros de la comunidad tienen que tener una mayor cohesión para poder realizar una contribución importante para un desarrollo sanitario más eficiente, efectivo y costo-efectivo⁶⁷.

Todo sistema de salud debe ser evaluado para determinar el impacto de sus acciones y adecuar las intervenciones en caso de ser necesario.

A nivel mundial existen políticas específicas para la protección a los derechos humanos y la salud de personas adultas mayores o con discapacidad⁶⁸, al igual que estrategias adaptadas específicamente para la atención a los adultos mayores⁶⁹, pero no así políticas que incluyan el cuidado domiciliario a nivel mundial. Sin embargo, aumentan el número de personas que necesitan cuidados, principalmente dentro del hogar como alternativa de atención.

Existen estudios específicos en algunos países donde se reporta que mayormente el cuidado domiciliario se da por familiares directos del paciente o por personal profesional de enfermería pero que se contrata de manera privada⁷⁰.

En países de ingresos altos como Estados Unidos, se sabe que por lo menos un millón de personas de 65 años o más están confinados permanentemente a la casa, y algunos investigadores creen que el número podría ser tan alto como 3.6 millones.

En Canadá, el 93% de los adultos mayores de 65 años, vive en casa y el 87% de ellos quieren permanecer allí el mayor tiempo posible⁷¹. Aun así, según la OPS, refiere que la gran mayoría de las personas con ECNT, no reciben la atención adecuada y entre la cuarta parte de este grupo de pacientes, solo la mitad logra cumplir los objetivos deseados del tratamiento. Es decir solo 1 de cada 10 personas diagnosticadas con una ECNT es tratada con éxito⁴⁶.

Quebec redefinió el ejercicio de todas las profesiones de la salud, aprobando once órdenes profesionales y ocho leyes. El principio detrás de la “Ley 90”⁵⁷ es aceptar que la medicina ha cambiado dramáticamente en los últimos 30 años. Pretende proteger al usuario y regular las nuevas prácticas⁷².

En febrero del 2003, se lanza una política sobre cuidado en casa ya que se consideran que el hogar siempre debe ser la primera opción de estancia del enfermo crónico, en donde debe recibir los cuidados y donde el cuidador principal, que en la mayoría de los casos es el familiar, toma un lugar importante tanto en las actividades, como en la toma de decisiones para que el paciente pueda cubrir las necesidades en salud que pudiera tener.

A su vez, la adhesión al modelo Mc. Gill propone una alianza en donde el paciente, es el primer actor junto al cuidador, el personal de salud forma una alianza con este equipo de trabajo, dónde cada uno es participe activo de las decisiones e intervenciones que se llevan a cabo⁷³.

En México, a pesar de la información generada en las instituciones, aún no se reflejan las necesidades de los adultos mayores, ya que solo se registran datos de morbilidad de los usuarios de los servicios de salud⁷⁴, es decir, cuántos adultos mayores se atienden por padecimientos crónicos^{75,76} y cuántos ancianos tienen algún grado de discapacidad o dependencia²⁷, pero de manera aislada, no habiendo una relación entre los datos generados.

Se debe reconocer que México comienza a realizar cambios sustanciales en el sistema de salud, como en el 2005, que reconoce a la enfermería como una profesión otorgándole con esto, un amplio sentido de responsabilidad para con la sociedad y la profesión, se debe reconocer el paso que se está dando hacia una práctica del cuidado mucho más compleja y reflexiva.

Encontramos también la publicación de la NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013⁷⁷, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, que además de regular las acciones de enfermería invita a crear nuevos modelos de práctica para llevar a cabo el cuidado, que en esencia es el sentido bajo el cual debe regirse la práctica de enfermería.

Por lo tanto el diseño de un programa de acción específico para la atención domiciliaria al paciente adulto mayor dependiente con ECNT, puede representar una estrategia viable y significativa para aumentar la efectividad de los tratamientos a largo plazo, además de favorecer al cambio para la mejora en la calidad de vida del paciente.

5.5 SISTEMAS DE SALUD

5.5.1. SISTEMA DE SALUD MEXICANO

México cuenta con una población estimada al 2013, de 118, 395,054 habitantes, de los cuales 60,584,099 son mujeres, equivalentes al 51.17%, mientras que 57,810,955 son hombres, equivalentes al 48.82% de la población total mexicana. Y las proyecciones para 2030 estiman una población de 120.9 millones con una tasa de crecimiento anual de 0.69%⁷⁸.

Además presenta, como varios países, una importante transición epidemiológica hacia las enfermedades no trasmisibles, y cambios en la pirámide poblacional. Todo esto, en un entorno político nacional cambiante que lleva a México a plantearse un cambio estructural en el sistema de salud. Sin embargo, mientras los cambios anteriormente mencionados se hacen presentes, este país, aún sigue operando el mismo sistema de salud de los últimos 70 años⁷⁹.

Dentro de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos se establece que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. También enuncia que “la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud⁸⁰”. Por tanto el Sistema Nacional de Salud en México, se compone de 2 grandes grupos que son la atención pública y la privada.

El Sector público está compuesto por varias instituciones dentro de las que se encuentran la Secretaría de Salud, como órgano rector general y de donde emanan las diferentes instituciones; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaria de la Defensa (SEDENA) y Secretaria de Marina (SEMAR)⁸¹. (Ver anexo 1).

Dentro de la Secretaría de Salud, se atiende a aquella población que no tiene servicios médicos por parte de ninguna de las instituciones antes mencionadas, esto a través de programas de desarrollo social, principalmente del Seguro Popular de Salud (SPS)⁸² y Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

(PDHO), siendo este último también parte del IMSS como Programa IMSS-Oportunidades⁸³.

En algunos se brindan servicios de salud diferentes, como lo es el caso del cuidado domiciliario que solo se ofrece dentro del IMSS, llamándose Programa de Apoyo Domiciliario al Enfermo Crónico (PADEC).

5.5.2 SISTEMA DE SALUD EN QUEBEC, CANADÁ

El sistema de salud de Canadá, está regido bajo la Ley de Salud de Canadá y aunque el sistema de salud es nacional cada provincia administra su propio funcionamiento del sistema, como lo es el caso de Quebec. Es lo que en México se considera como sistema de salud descentralizado (Anexo 2).

El sistema de salud, para fines de cobertura distingue claramente entre la atención primaria y la atención hospitalaria. Todos los servicios considerados medicamente necesarios son gratuitos, y el Co-pago de medicamentos son parcialmente financiados, definidos claramente en los planes de salud que el ciudadano contrate. Y en general el financiamiento del sistema de salud pública no solo es responsabilidad del gobierno federal sino también de las provincias y territorios⁸⁴.

La ley sobre los servicios de salud y servicios sociales, es adoptada en diciembre de 1971 y cuenta con dos planes públicos universales, permite a toda la población obtener atención hospitalaria gratuita. Así como los servicios médicos o seguro de hospitalización, los cuales son Medicare, que es cuando una persona tiene derecho a la garantía de "*l'assurance maladie du Québec*"⁸⁵.

Esto le da acceso a los servicios de salud, cubiertos por el plan de servicios médicos y hospitalización, mediante una tarjeta que es emitida por el *Régie de l'assurance maladie du Québec* (RAMQ). Son 7,6 millones de personas inscritas en el plan que cubre la atención médica básica. El Plan de seguro de medicamentos públicos, ofrecen una protección básica para los 3,3 millones de quebequeses que no están cubiertos por un plan de seguro privado⁸².

El ministerio de salud y servicios sociales de Quebec está comprendido por 2 tipos de instituciones. Públicas sin fines de lucro y privadas contratadas por el estado que ofrecen cuidados a largo plazo.

Todas ellas agrupadas en regiones. Y éstas a su vez en cinco categorías que proporcionan servicios de salud y servicios sociales⁸⁶.

Estas 5 categorías son:

- Los centros de salud y servicios sociales (CSSS) nacieron de la fusión de los centros locales servicios comunitarios (CLSC), centros alojamiento y cuidados a largo plazo (CHLD) y, en la mayoría de los casos, un hospitalaria (CH).
- Hogares y el cuidado de enfermería a largo plazo (asilo de ancianos) (CHCLD)
- Hospitales (CH)
- Centros de Rehabilitación (CR)
- Centros de atención a la infancia y a la juventud

Para ser cubierto por el sistema de salud, el ciudadano debe realizar una solicitud donde deberá comprobar que ha residido en Canadá por al menos 3 meses, además de llenar un formulario de solicitud en farmacias, consultorios y centros de salud. Posteriormente, enviarlos a la aseguradora para que, después de ser evaluada dicha aplicación, se espere la tarjeta verde que le da derecho y acceso a los servicios de salud⁸³.

Cabe mencionar que los ciudadanos son libres de elegir al médico y pueden cambiarlo cuantas veces sea necesario.

En el Sistema de Salud Privado, el empleado contribuye a la seguridad social de Canadá y se adhiere a un paralelismo mutuo a través de su compañía, o un seguro privado para cubrir los gastos relacionados con la atención especializada.

Está prohibido garantizar a través de un sistema privado, la atención primaria de salud; la prevención y tratamiento de enfermedades, lesiones comunes, servicios

básicos de emergencia, salud mental primaria, cuidados paliativos y de final de la vida, promoción de la salud, la atención primaria de la maternidad. Este cuidado por lo general es proporcionado por el médico de cabecera⁸⁷.

5.6 SISTEMATIZACIÓN COMO HERRAMIENTA ADMINISTRATIVA

La sistematización es un proceso político, dinámico, interactivo, reflexivo, flexible y participativo orientado a la construcción de propuestas transformadoras y generación de conocimientos con una interpretación crítica y reflexiva a través de un proceso de problematización⁸⁸.

Es decir, a través del proceso que se genera directamente en donde se realizan las actividades tomando en cuenta los contextos y los referentes teóricos y políticos de donde se desarrolla la problemática.

“Es un proceso de reflexión que pretende ordenar u organizar lo que ha sido la marcha, los procesos, los resultados de un proyecto, buscando en tales dinámicas las dimensiones que pueden explicar el curso que asumió el trabajo realizado” Sergio Martinic (1984), Citado por Ocampo, A. (2000)⁸⁹.

Facilita a quienes realizan los procesos un análisis detallado de las actividades que llevan a cabo, para con esto evaluar los resultados y plantear las estrategias que les permitan mejorar dentro de una organización.

La sistematización puede entonces, utilizarse como una herramienta de gestión que permita identificar las acciones y momentos en que deben ser llevadas a cabo. Con el fin de ordenar los procesos de gestión dentro de un marco más amplio para poder obtener los resultados deseados⁹⁰.

5.7 INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

La metodología seleccionada para este estudio de caso fue cualitativa debido a que este tipo de metodología permite estudiar los fenómenos de manera global en el contexto donde se desarrollan desde la perspectiva de cada uno de los actores implicados en el fenómeno que se estudian.

El estudio de casos permite la comprensión del objeto de estudio en concreto y aprender sobre sus efectos, por lo tanto el investigador deberá desempeñar las funciones de observador participante, evaluador, informador, interprete, lector, narrador mediante la utilización de técnicas específicas de recolección de información^{91, 92}.

La metodología cualitativa, permite la perspectiva global desde dentro de los fenómenos con el fin de captar el significado particular de los hechos que se estudian, desde el punto de vista desde quien opera o desarrolla la actividad que hace que el propio fenómeno suceda. La diversidad de los métodos cualitativos, favorece el análisis global de la información variada que aporta cada una de las técnicas utilizadas para la recolección de información que favorecen el acercamiento a la realidad con fundamento^{93,94,95}.

Las técnicas de recolección de información en la metodología cualitativa, permiten recabar datos de manera específica, logrando con esto que al analizar la información se pueda tener el panorama general del contexto sobre que se estudia, las técnicas utilizadas en esta investigación serán diario de campo, observación participante, entrevistas semi estructuradas y grupo de discusión.

La observación participante permite recabar datos sobre los comportamientos y conductas específicos de los informantes. Las entrevistas permiten recabar datos individuales, historias personales, perspectivas y experiencias⁹⁶. El grupo de discusión, facilita la comprensión a profundidad de un comportamiento y actitudes previstas. Permite la comprensión del medio social en donde los integrantes del grupo interactúan⁹⁷.

Y el diario de campo permite la recogida de datos sobre los informantes claves permitiendo la reflexión suscitada al estar en el campo ya que los datos y notas que el investigador va tomando documentan hechos relevantes y hechos perdidos, además de detallar el avance del investigador^{98,99}.

La recogida de datos inicia desde el primer acercamiento al campo, por lo tanto, resulta de suma importancia que el investigador pueda identificar aquellos aspectos significativos que lo conduzcan a la comprensión del fenómeno que estudia, deberá de reconocer quienes y que será aquello que servirá como fuente de datos. Resultará importante establecer un plan de trabajo para esta actividad que permita la distribución del tiempo así como la identificación del área y de los informantes.

VI. OBJETIVOS

Desarrollar una propuesta de sistematización, mediante el desarrollo de una guía de práctica clínica para el cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México.

Fase 1:

- Conocer el funcionamiento del programa de apoyo domiciliario al adulto mayor (CSSS) en los que se basa la práctica de cuidado en Quebec.
- Identificar las características de los programas de cuidado a domicilio en el CSSS en Quebec

Fase 2:

- Conocer el funcionamiento del programa de atención domiciliaria al adulto mayor (ADEC) en los que se basa la práctica de cuidado en México.
- Identificar las características de los programas de cuidado a domicilio en el IMSS en México.

Fase 3:

- Identificar las similitudes que servirán como base para desarrollar una propuesta de cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México
- Identificar las diferencias que servirán como base para desarrollar una propuesta de cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México
- Diseñar una propuesta sistematizada para el cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México.

VII. METODOLOGÍA

7.1 METODOLOGÍA GENERAL DEL ESTUDIO:

Es un estudio cualitativo que busca conocer el funcionamiento de dos programas de atención domiciliaria al enfermo crónico, uno en San Luis Potosí, México dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (PADEC) y el otro en Quebec, Canadá dentro de los Programa de Apoyo a la Autonomía de las Personas Mayores y Deficiencia Física (*Dirección Apoyo a la autonomía de las personas mayores Discapacidad Física*) y la Dirección de cuidados de Enfermería Prácticas profesionales y el Programa de Salud Física del CSSS Dorval-Lachine-Lasalle.

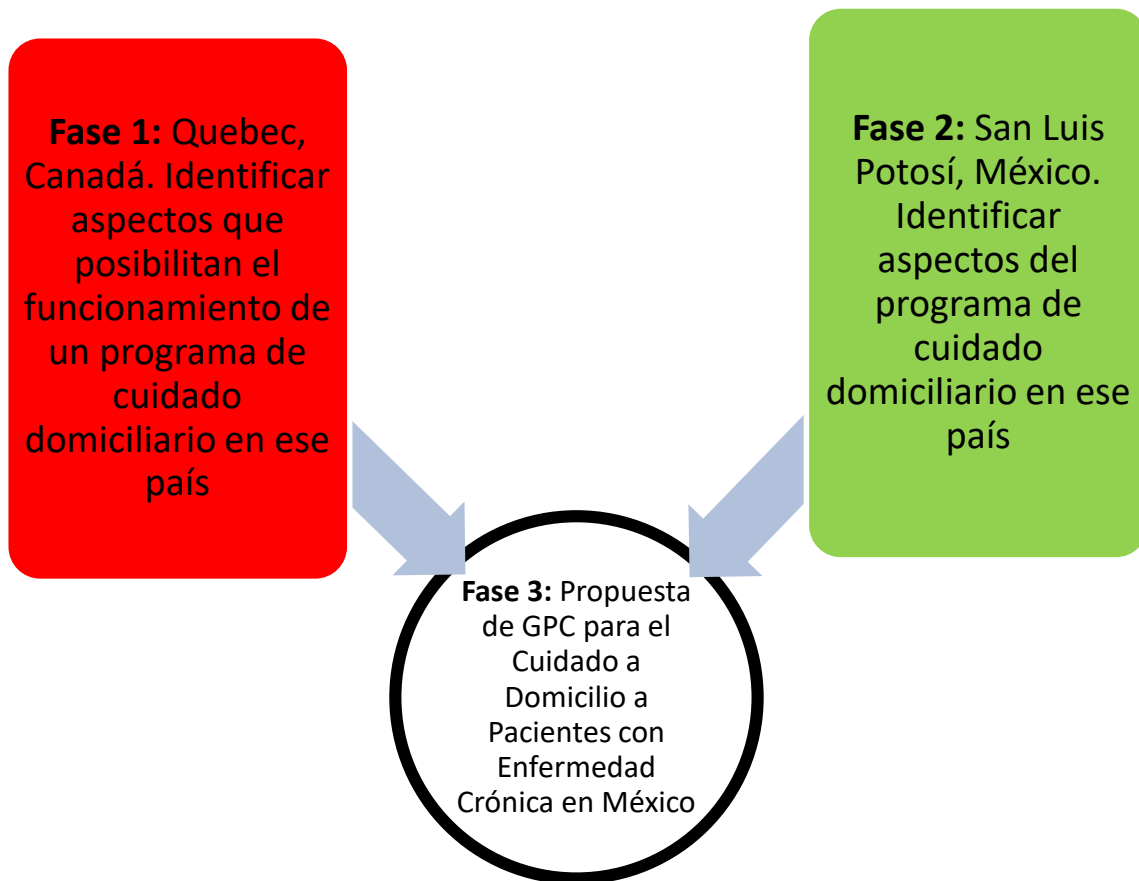
Tomado en cuenta las perspectivas de los actores involucrados al brindar el cuidado en el domicilio a los adultos mayores que se encuentran diagnosticados con patologías crónicas durante el periodo de agosto 2014 a marzo 2015.

En este sentido, el estudio cualitativo permitió explorar la estructura, los procesos y los resultados en la operación de ambos programas, lo cual posibilitó la identificación de sus fortalezas y debilidades con el fin de crear una propuesta novedosa para el cuidado en el domicilio como respuesta a las necesidades de una población creciente y cambiante en el territorio mexicano, es decir, una propuesta de trabajo para el cuidado domiciliario del adulto mayor con patología crónica en México.

Para dar respuesta a las preguntas de esta investigación se realizó un estudio de caso, único instrumental con una metodología adaptada⁹⁵. Según la tipología establecida por Stake¹⁰⁰, el estudio de caso proyectado aquí pudo ser calificado de instrumental ya que permitió, a partir de un caso concreto, reflexionar sobre dinámicas y procesos aplicables a situaciones similares, para el desarrollo de la nueva propuesta de atención.

Ambos casos se consideraron una identidad holística, en donde los atributos fueron comprendidos por un examen profundo de todos sus elementos, en un periodo determinado con la ayuda de diversas técnicas de recolección de

información que aseguraron una comprensión detallada y profunda de todo aquello que sucede durante la operación de los dos programas de atención domiciliaria en cada uno de sus contextos. En la fase 1, en lo que comprende los CSSS del Ministerio de Salud de Quebec y en la fase 2 al programa que opera el PADEC en México.



7.1.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO:

FASE 1: El caso está constituido por el Programas de Apoyo a la Autonomía de las Personas Mayores en un Centro de salud y servicios sociales localizado en la región de Dorval-Lachine- LaSalle(CSSS) al sur oeste de Montréal, Québec. La selección de este caso fue debido a que Quebec cuenta con la experiencia en el

cuidado domiciliario necesaria para brindar nuevas herramientas que podrían dar respuesta a las necesidades que se presentan en México.

La recolección de información se realizó durante el mes de octubre de 2014, teniendo para este fin un cronograma de trabajo (Anexo 4) con un total de 28 entrevistas, distribuidas entre directivos, jefes administrativos de programa, asistentes del superior inmediato, personal terreno y pacientes.

Cabe mencionar, que los datos recolectados en esta fase permitieron el análisis a profundidad de la operación del programa, se logró en esta etapa un acercamiento real, para que el investigador pudiera tener una visión clara de cómo se lleva a cabo el programa, favoreciendo con esto una adecuada integración de la información obtenida mediante todas las técnicas utilizadas.

FASE 2: El caso está constituido por el Programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (PADEC) en una Institución de Seguridad Social, la cual corresponde al Hospital General de Zona No. 02 c/MF del IMSS: la selección es debido a que con éste estudio de caso se pudo estudiar la complejidad del PADEC ya que en esta unidad es donde el programa cuenta con un equipo de salud completo para llevar a cabo las actividades, lo que amplió el propósito de comprender las prácticas de los actores involucrados esta unidad, a diferencia de otras unidades dentro de la región que no contaban equipos de salud completos.

7.1.2 SELECCIÓN DE INFORMANTES

Para la selección de información se consideraron diferentes tipos de informantes,

- FASE 1:
- 1) Las autoridades del CSSS- DLL , (Personal Directivo y Gestores de cuidados)
 - 2) El equipo multidisciplinario que opera los Programas de Apoyo a la Autonomía de las Personas Mayores,

Gestor de cuidados son los jefes administrativos del programa. Es una persona encargada de coordinar, evaluar y supervisar las actividades de los equipos operativos en un sector determinado. Se encarga también de gestionar los recursos humanos y materiales para el mejor funcionamiento del programa y asegurar la calidad en el servicio.

3) Los pacientes que se encuentren siendo atendidos por los Programas de Apoyo a la Autonomía de las Personas Mayores con diagnóstico de Enfermedad crónica y que además sean adultos mayores a partir de los 60 años y,

4) Los familiares o cuidadores principales de los pacientes.

En el cuadro 1 se especifican los informantes correspondientes a cada uno de los bloques de informantes, tomando en cuenta los criterios antes descritos.

Cuadro 1

“CLASIFICACIÓN DE INFORMANTES DEL EQUIPO SAD”

Grupo de informantes	Especificidad del informante
➤ Entrevista a las autoridades del CSSS DLL	Directivos (1 entrevista por cada uno) ✓ Director general del CSSS DLL. ✓ Directora de DSI PP et DP. ✓ Directora de SAPA DP. ✓ Directora adjunta de SAPA DP
➤ Entrevista a los gestores de cuidado a domicilio (SAD)	✓ Jefes administrativos de programas (3 personas entrevistadas): 1 transcripción
➤ Entrevista al personal operativo de SAD.	✓ Asistente del superior inmediato [ASI] (2 personas) ✓ Enfermeras (4 personas) ✓ Enfermera auxiliar (1 persona) ✓ Trabajadores sociales (3 personas) ✓ Técnico en trabajo social (1 persona) ✓ Ergo terapeuta (1 persona) ✓ Fisioterapeuta (1 persona) ✓ Auxiliar de servicios sociales y de salud [ASSS] (1 persona)

En el cuadro 2 se muestran los informantes que para el programa se conocen como clientes externos, ya que ellos son los derechohabientes del cuidado en casa.

Cuadro 2

“CLASIFICACIÓN DE INFORMANTES USUARIOS DEL SAD”

Grupo de informantes	Especificidad del informante
➤ Entrevista a usuarios de SAD	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes en SAD (5 personas): ✓ Familiares de pacientes en SAD (0 personas)

FASE 2: 5) El equipo multidisciplinario que opera el PADEC.

Para esta fase se solicitaron informantes voluntarios de un grupo de atención domiciliaria, obteniendo respuesta favorable para la participación en el estudio a través de la modalidad de grupo focal conformándose como se menciona en el cuadro 3.

Cuadro 3

“PERFIL DE INFORMANTES DEL EQUIPO PADEC”

Grupo de informantes	Conformación del grupo focal
➤ Entrevista al personal operativo del PADEC.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Médico familiar (1 persona) ✓ Enfermera (1 personas) ✓ Trabajadora social (1 personas) ✓ Nutrióloga (1 persona)

El número de informantes se estableció de acuerdo a cada uno de los programas debido a que en su operación ambos cuentan con estructuras diferentes, lo cual es uno de los objetivos de este estudio. Identificar claramente quienes son las figuras claves para la operación de cada uno de los programas.

Al término de la recolección en ambas fases se obtuvo información de 4 de los 5 grupos de informantes seleccionados, debido a que en el programa SAD no se pudo contar con la participación del familiar o cuidador principal, puesto que en los casos a los que se tuvo acceso el paciente se encontraba solo durante las intervenciones en el domicilio.

El interés se centró, en los informantes de las categorías 1 y 2 para conocer el funcionamiento y las bases normativas bajo las cuales operan el programa que cuenta con una estructura política y social para su funcionamiento, mientras que en los informantes de las categorías 3, 4 y 5 para conocer cuál es su colaboración y además el contextualizar mercado del programa.

7.1.2.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Ser personal directivo dentro de la institución del CSSS-DLL que tengan injerencia o relación con la gestión para la operación del programa.
- Ser tomadores de decisiones en el establecimiento de planes de atención domiciliaria, siendo jefes de programa, evaluadores de necesidades e intervinientes.
- Ser parte del equipo que labora directamente en la atención de los pacientes del cuidado domiciliario en las instituciones participantes y que se encuentre laborando de manera activa durante la realización del estudio.
- Ser paciente derechohabiente de alguno de los programas que se estudiarán, que cuente con diagnóstico de enfermedad crónica cuya edad cronológica sea mayor o igual a 60 años, ya que en México se consideran adultos mayores a las personas a partir de esta edad.
- Ser cuidador principal del paciente que cuente con diagnóstico de enfermedad crónica cuya edad cronológica sea mayor o igual a 60 años .

7.1.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Ser parte del equipo que labora directamente en la atención de los pacientes del cuidado domiciliario en las instituciones participantes y que no se encuentre laborando de manera activa durante la realización del estudio.
- Ser paciente derechohabiente de alguno de los programas que se estudiaran, que cuente no con diagnóstico de enfermedad crónica.

Para este estudio se entiende como cuidador principal a aquella persona familiar o no del paciente que se encarga de los cuidados directos del paciente, así como su acompañamiento diario de manera continua. Es en quien recae el bienestar físico y emocional del enfermo. Mantiene un vínculo estrecho con el adulto mayor y con el equipo multidisciplinar, siendo un eslabón imprescindible en el cuidado dentro del hogar.

- Ser paciente derechohabiente de alguno de los programas que se estudiaran y cuya edad cronológica sea menor a 60 años.
- No ser cuidador principal del paciente que cuente con diagnóstico de enfermedad crónica cuya edad cronológica sea mayor o igual a 60 años.
- Aquellos informantes que cumplan con los criterios de inclusión que decidieron no participar en el estudio por diversas razones así como aquellos que manifestaron abiertamente su temor a responder o que no tuvieron interés en participar en el estudio.

7.1.2.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Informante que al momento de la recolección de la información decidió no participar más en el estudio.
- Informante que al momento de la recolección de la información no pudo por alguna causa concluir con la recolección de información.
- Informante que al momento de la recolección de la información dejó de ser parte del programa que se estudia.

7.2 METODOLOGÍA APLICADA PARA EL ESTUDIO DE CASOS

La metodología adaptada de inicio exploró la implicación activa de los diferentes actores (informantes) en las etapas del proceso, es decir, la identificación de los actores, las líneas de mando, gestión, roles y actividades de los involucrados, de la práctica del personal profesional, mercado en el cual se desarrollan cada uno de los programas de cuidado domiciliario, las implicaciones prácticas y normativas de cada programa.

Estos datos reflejaron la realidad de la operación de los programas, ya que integraron las percepciones e interpretaciones de los fenómenos y procesos que implican a los actores. Esta investigación permitió por consecuencia instaurar las bases de un proyecto sistematizado de una GPC para el Cuidado Domiciliario para Adultos Mayores con Patología Crónica en México.

7.2.1. FASE DE PREPARACIÓN

Contacto inicial. El objetivo de esta fase fue la instrumentación del espacio participativo, comprendió el acceso al área, la selección de informantes en base a los criterios de inclusión (apartados 7.1.2 y 7.1.2.1 de esta tesis) y obtención de información básica disponible sobre la operatividad de los programas.

Se debe entender como de obtención de información básica disponible sobre la operatividad de los programas, la revisión de documentos oficiales, manuales, reglamentos e indagatorias sobre conformación de los equipos. Esto permitió al investigador conocer antes de entrar a terreno como era la operación de los programas para poder así adaptarse al contexto y guiar el resto de las actividades para la obtención de la información.

Se realizó una presentación de los objetivos y exposición del protocolo al personal, para clarificar y guiar las actividades durante la recolección de la información. Estableciendo los propósitos, roles, actividades que deberán asumir los diferentes actores promoviendo una participación voluntaria. En esta etapa se insistirá en la claridad del consentimiento informado. (Anexo 3).

7.2.2 FASE DE PLANEACIÓN

Una vez identificada el área y los informantes que aceptaron libremente participar en el estudio, el objetivo de esta etapa fue desarrollar un plan de trabajo. Se propuso entonces un plan de trabajo y se estableció el cronograma de actividades para la recolección de información (Anexos 4 y 5). Entre todos se determinó, la organización de los tiempos y actividades, en función del objeto de evaluación, los datos a buscar, las técnicas de recolección de información, los procedimientos de acceso a los datos y la gestión y análisis de los mismos.

7.2.3 FASE DE IMPLEMENTACIÓN

En función del plan de trabajo establecido se procedió a la recolección y análisis de los datos, así como a la organización de los mismos. La duración de toda esta etapa se realizó en un periodo de 12 meses. Sin embargo, en cada fase fue avanzando en el análisis de la información, ya que este fue concomitante a la recolección de los datos.

Se previno un promedio de 24 entrevistas en el CSSS; 2 directivos, 4 gestores, 4 cuidadores y 14 pacientes. En el IMSS por la misma dinámica que la caracteriza, se definió finalmente en función de la accesibilidad al servicio, es decir, se realizó una invitación al equipo de trabajo de manera individual para participar en dichas entrevistas siendo ésta participación fuera de los horarios de sus actividades laborales.

7.2.4 FASE DE REDACCIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Se concluyó el estudio, con un proyecto de sistematizado en forma de GPC para el Cuidado Domiciliario a pacientes con Enfermedad Crónica en México, partiendo del reporte de los datos obtenidos en cada una de las fases.

Al finalizar la tercera fase se estableció contacto con las autoridades del Centro de Salud y Servicios Sociales Dorval-Lachine-LaSalle así como con los actores involucrados en ambas fases de la investigación, para dar a conocer los resultados y la propuesta que se desarrolló como producto final.

Se realizó una ponencia y cartel sobre el trabajo en el VII coloquio internacional de investigación para estudiantes universitarios “Piensa y Trabaja” de la Universidad de Guadalajara.

Actualmente se está trabajando en la redacción del artículo para su publicación en revista de alto impacto, aún por definir.

7.3 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Observación participante en campo;
- Entrevista semi estructurada.- con un instrumento desarrollado por el investigador. Con una dinámica autorregulada y auto-dirigida;
- Grupo de discusión.- con un instrumento desarrollado por el investigador, mismo que se utilizó para las entrevistas semi estructuradas. Con una dinámica autorregulada y auto-dirigida;
- Diario de Campo.

Los apoyos instrumentales fueron los formatos y documentos disponibles en la institución de la fase uno para registro de actividades relativas a cada uno de los programas.

7.3.1 OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Tuvo el fin de describir la situación real y las características del contexto en el que se abordó el estudio. El instrumento fue desarrollado por el investigador encargado del estudio cuya finalidad fue el brindar una nueva perspectiva acerca de la práctica de la enfermera y de cómo en donde se inserta en la prestación del servicio (Anexo 6).

7.3.2 ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

Tomando en cuenta que el énfasis de esta técnica es el estudio de actitudes, comportamientos, percepciones y descripciones, a partir de hechos y experiencias vividas durante un periodo de tiempo; el objetivo de las entrevistas fueron: identificar los aspectos relevantes para poder dar una impresión inicial sobre la operación de los programas en cada una de las fases y documentar todos aquellos aspectos relativos al funcionamiento de cada programa, desde la perspectiva de cada uno de los actores involucrados (Anexos 7 al 14).

El apoyo para cada entrevista fue una guía previamente elaborada por el investigador, la cual era la base para cada uno de los encuentros así como del

proceso de análisis. Las entrevistas se realizaron tomando en cuenta la disponibilidad en tiempo y horario de cada informante.

7.3.3 GRUPO DE DISCUSIÓN

El grupo de discusión permite establecer las causas y los sentimientos subyacentes a las respuestas para explicar los resultados. Se convocó al equipo multidisciplinario en base a los criterios de selección de participantes.

El objetivo de recolectar la información de la fase dos con esta técnica de información fue guiar al equipo de trabajo a una reflexión grupal que permitiera la integración de los conocimientos y experiencias vividas durante la prestación del servicio.

El apoyo al trabajo del grupo fue una guía previamente elaborada por el investigador, la cual fue la base del encuentro así como del proceso de análisis. Para recolección se tomó en cuenta la disponibilidad en tiempo y horario de los informantes.

7.3.4 DIARIO DE CAMPO

Tuvo como finalidad describir y reflexionar sobre todo el proceso de investigación desarrollado identificando eventualidades resultantes del mismo. Estas notas se desarrollarán por el investigador y contendrá elementos teóricos, metodológicos y reflexivos del proceso realizados en la investigación.

7.4. GESTIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La discusión suscitada en cada una de las entrevistas fue grabada en dispositivos digitales de audio y transcrita integralmente a la computadora (Morse & Field, 1995)⁹⁵. Cada transcripción fue posteriormente analizada según los procedimientos de análisis cualitativo temático (Morse & Field, 1995; Huberman & Miles, 1994)⁹⁵.

Así a través de un proceso interactivo de codificación y de categorización, se construyeron los temas puestos en relación para complementar la evaluación del cuidado domiciliario a pacientes adultos mayores con patología crónica.

El análisis de la información se hizo de manera concomitante a la recolección de la información. Este método interactivo de tratamiento de la información fue efectuado por etapas sucesivas que permitió desprender progresivamente un sentido más amplio a los datos recabados (Paillé, 1994)⁹⁵.

En este sentido las etapas fueron las siguientes: 1ra etapa; transcripción íntegra de las entrevistas; 2da etapa; digitalización de todos los datos de la investigación; 3ra etapa; codificación inicial del material obtenido en esta investigación; 4ta etapa cuestionamiento y clasificación de la codificación inicial para extraer conceptos e ideas más abstractas; 5ta etapa análisis profundo que permitió dar forma al cuerpo de datos.

7.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto de investigación se basó en las declaraciones y los principios básicos para toda investigación establecidos por la Asociación Médica Mundial de Helsinki¹⁰¹; artículos 9, 11, 14, 15, 22, 23, 24, 25, 28 y 30. Del Reglamento de la Ley General de Salud¹⁰²¹⁰³; Titulo 1ro Capitulo único, artículo 3, Titulo 2do Capitulo 1, artículos 13 al 16, 18 y 21 al 27, Titulo 6to Capitulo único artículos, 113 al 120.

Se protegió la vida, la salud, la intimidad y la dignidad de las y los participantes. El proyecto de investigación fue sometido y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería (CEIFE) de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Con el número de registro CEIFE-2015-153.

Se pidió a los participantes de firmar un formulario de consentimiento y de compromiso para su participación (Anexo 3). La confidencialidad de los datos recabados en las entrevistas y el grupo de discusión fue respetada durante todo el estudio, tomando en cuenta implicaciones eventuales para los participantes.

En el formulario de consentimiento informado se les reiteró a los participantes que podrán realizar la expresión abierta ante el investigador de cualquier conflicto que pudiera suscitar la propia dinámica de la investigación, en la que el investigador responsable, se comprometen a dar resolución a los mismos y a proveer acompañamiento y seguimiento a cualquier evento que pudiera suscitarse.

De la misma manera, el investigador principal y colaboradores (si son necesarios) aseguran igualmente la confidencialidad de los diferentes documentos y grabaciones relativos al estudio, utilizando durante todo el proceso de análisis y resultados pseudónimos de manera que no puedan identificarse los participantes, así mismo, durante todo el estudio, solo la investigadora responsable tendrá acceso a toda la información derivada de esta investigación.

Por su parte, la investigación no implicó riesgo directo a la salud de los pacientes ya que no es actividad de este estudio la experimentación ni en seres humanos ni en animales.

Sin embargo, si proveerá beneficios tanto a los participantes, como a la población en general, ya que se presentó un informe para que se utilice, en caso de ser necesario, como identificación de líneas de mejora para ambos programas. Y a su vez esta misma investigación desarrolló una nueva propuesta de Sistematización. Una GPC para el Cuidado domiciliario en México, quedando cómo referente sobre las prácticas de la atención domiciliaria para la población Mexicana.

7.5.1 CRITERIOS DE RIGOR

Los criterios epistémicos; credibilidad, transferencia, imputabilidad procedimental y confirmación sirvieron como base para la evaluación de la calidad de esta investigación.

7.5.1.1. CREDIBILIDAD

Se refiere al grado de correlación y coherencia establecido entre la información recolectada al proceso de construcción de conocimientos a partir de las experiencias vividas de los participantes. El acercamiento a los actores, la observación participante, la validación de datos y la discusión de los temas con los referentes teóricos asegura la credibilidad de este estudio.

7.5.1.2. TRANSFERENCIA

Es la probabilidad de la aplicación de los resultados de este estudio, en otros contextos, permite crear un referente para otros, con características análogas a esta investigación. Por lo tanto este estudio creara un punto de análisis para ser empleado en otros casos similares.

7.5.1.3. IMPUTABILIDAD PROCEDIMENTAL

Permitió comprender y evaluar la metodología que se desarrolló durante la investigación. Se mantuvo vigilancia sobre metodología utilizada, identificando imprevistos que justificaran alguna modificación en el curso del proyecto. Quedando éstas constatadas en el diario de campo para su análisis reflexivo en caso de ser necesario para el adecuado desarrollo de esta investigación.

7.5.1.4. CONFIRMACIÓN

Existe garantía de que la información obtenida en el curso de esta investigación derivó del proyecto planeado, así como el análisis y discusión que se realizó como producto de la investigación. Con la seguridad de que los instrumentos aplicados para la recolección de la información son la base de la confiabilidad de esta investigación.

VIII. RESULTADOS

Los presentes resultados muestran el análisis e interpretación de las categorías que se establecen para dar respuesta a los objetivos establecidos en la investigación sobre el cuidado domiciliario a los adultos mayores con patologías crónicas en una institución de seguridad social en dos contextos, para ser tomados como referente en el desarrollo de una propuesta sistematizada del cuidado domiciliario para México.

De la metodología para esta investigación surgieron dos vertientes para el análisis detallado de los datos:

- a) El objeto de análisis: aquí se muestran las percepciones, descripciones de la realidad y experiencias de los sujetos de estudio a partir de entrevistas semi estructuradas que en el caso del contexto internacional fueron a directivos de la institución participante, personal gerencial y operativo del programa y pacientes; para el caso del contexto mexicano se contó con la participación de personal operativo del programa. Considerando los temas de estructura, implementación e impacto de los programas que ya operan como las premisas para desarrollar el producto final de este trabajo.
- b) El proceso de investigación: aquí se analizaron los aspectos relacionados a esta investigación mostrando las percepciones y realidades de los participantes como pieza fundamental en el proceso de desarrollo de nuevos proyectos. La información recabada en las entrevistas tuvo el propósito de conocer la realidad de los procesos estudiados, recabar la información derivada de sus expectativas así como del proceso mismo de investigación.

Para el fin de esta investigación fue necesario tener como referente dos objetos de análisis que fueron utilizados como benchmarking para el desarrollo de una nueva propuesta.

8.1. FASE 1: Canadá

El objeto de análisis fue el Centro de Salud y Servicios Sociales de Dorval-Lachine-LaSalle, éste como caso ejemplar ya que se encuentra situado estratégicamente dentro de la provincia de Quebec cuyo sistema de salud es uno de los más completos del país ya que dentro de él contempla la provisión de los servicios sociales como complemento a la prestación de los servicios sanitarios.

Este centro está compuesto por el hospital de LaSalle, el centro local de salud de Dorval-Lachine, el centro local de salud de LaSalle, centro de alojamiento de Dorval, centro de alojamiento de Nazaire-Piché, centro de alojamiento de LaSalle y centro de alojamiento de Lachine. Con una población de 139 561 personas en 2011 de las cuales corresponde el 18% a personas de 65 años o más, porcentaje mayor al promedio regional y provincial (Anexo15).

El programa de cuidado domiciliario es un reflejo de la visión, los valores y la filosofía del CSSS. Es la estrategia que resulta de la política de cuidado domiciliario “*Chez soi: le premier choix*” del Ministerio de salud y servicios sociales de Quebec en el 2003.

La colecta de datos en el terreno consintió también el acompañamiento en la ruta al personal terreno, a aquella figura pivote cuya actividad principal es ser el evaluador y gestor del caso.

8.1.1. Fase 1: SAD, CSSS-DLL, Quebec, Canadá

De las 28 entrevistas de los diferentes informantes que se mencionan en el apartado 7.1.2 (ver cuadros 1, 2 y 3), se codificó la información y se realizó un mapeo de los conceptos principales (Figura 1).

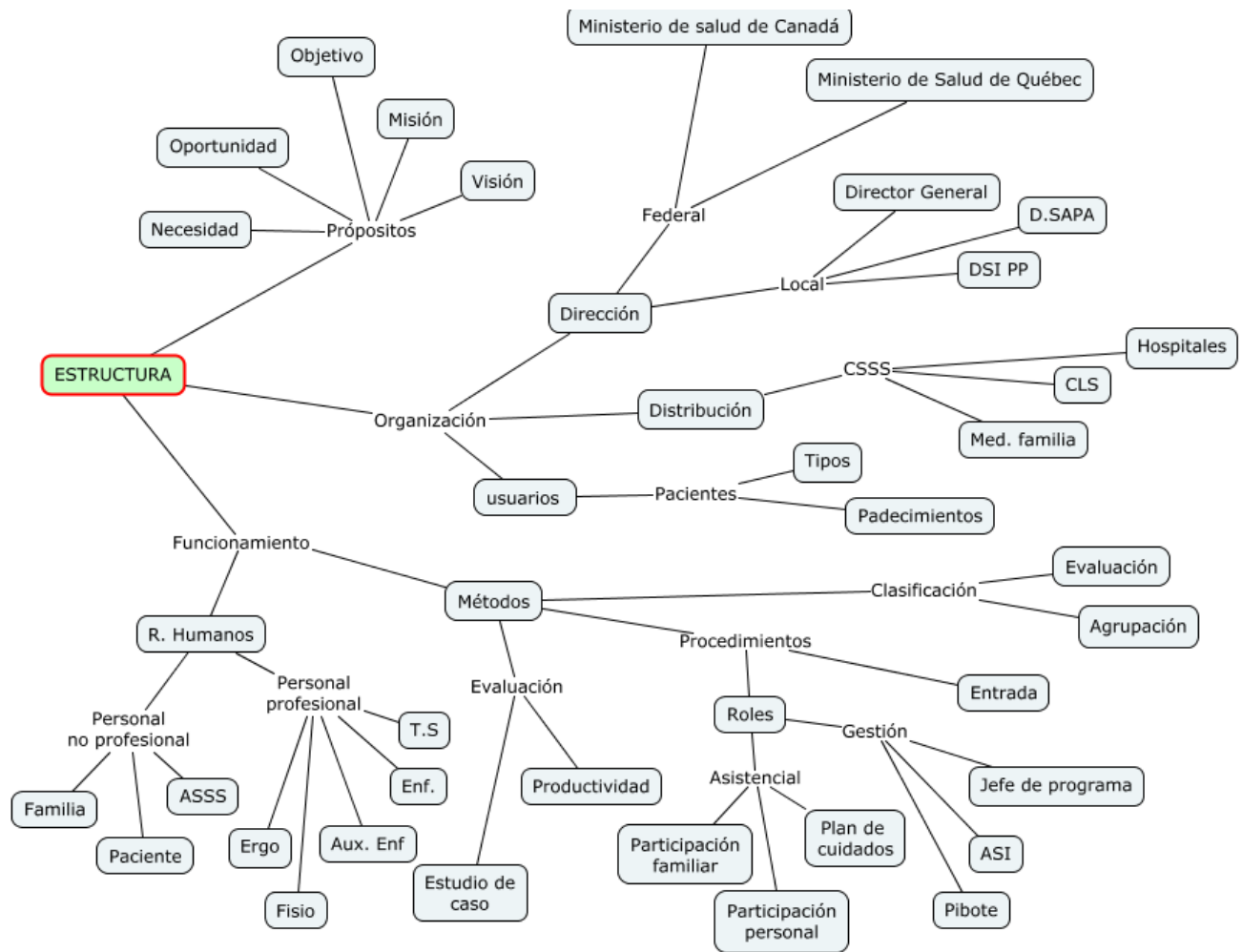
Las entrevistas fueron codificadas y categorizadas para finalmente establecer seis temas:

- Propósito de la integración de un programa al sistema público de salud
- Organización institucional para la prestación del servicio

- Organización de trabajo: Métodos y procedimientos
- Funcionamiento operativo
- Evaluación del trabajo
- Mejora continua

Figura 1

“CATEGORIAS DEL PROGRAMA SAD”



La figura 1 muestra que para comprender la estructura del programa que condiciona el funcionamiento, se deben tener identificados claramente el propósito, la organización y el funcionamiento del programa.

Dentro de los propósitos del programa se logró identificar que el programa se crea como respuesta a una necesidad apremiante en la sociedad canadiense, debido a

la inversión en su pirámide poblacional y con el objetivo de mantener a sus adultos mayores en óptimas condiciones dentro de sus hogares el mayor tiempo posible.

En este apartado también se identificó claramente a todos los niveles de atención y gestión la filosofía bajo la cual se reglamenta el programa dando como resultado que el sistema de valores y creencias de la institución lleve a todos los involucrados a perseguir el mismo fin.

La categoría organización se identificó que la dirección debe estudiarse desde la parte gubernamental a través del Ministerio de Salud de Canadá y el Ministerio de Salud de Quebec, ya que en conjunto forman una red de servicios que permite brindar atención sanitaria y social de manera integrada; a su vez, la dirección local permite responsabilizar a todos los niveles directivos para lograr el objetivo del programa

En esta misma categoría se identificó que la distribución de los servicios asistenciales juega un papel importante para la identificación de necesidades y el ingreso al programa. Aquí es donde la identificación de los usuarios del programa se realiza de manera sistemática y coordinada, lo que permite que el paciente pueda tener una atención continua y organizada de parte de cada uno de los intervinientes; para poder realizar esta tarea resulta necesario identificar los padecimientos y tipos de pacientes que recibirán cuidado en casa.

En la categoría de métodos se concentran diferentes actividades que permiten la clasificación de los pacientes por tipo y necesidades que deben ser cubiertas, lo que posteriormente permite a los intervinientes establecer el plan de cuidados interdisciplinar tomando en cuenta cada uno de los roles establecidos para la atención holística del paciente. Esto permite hacer una evaluación de la efectividad del programa en base a la productividad y el estudio de casos individuales.

Intervinientes. Personas encargadas de brindar la atención domiciliaria al paciente en el domicilio, pudiendo ser personal profesional, técnico y no profesional. Son todos los involucrados en cada caso.

En la categoría de funcionamiento los informantes hacen énfasis en la importancia que tiene el capital humano para el adecuado funcionamiento del programa, identifican a cada uno de los intervinientes del programa sean personal profesional o no profesional. Conocen sus actividades así como la manera de integrarlas para garantizar la calidad y el logro de los objetivos.

8.1.2. PROPÓSITO DE LA INTEGRACIÓN DE UN PROGRAMA AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Es primordial para cualquier programa sanitario tener un propósito ya que esto permite que las necesidades sociales puedan ser subsanadas y las metas alcanzadas.

En Quebec, la estrategia de cuidado domiciliario tiene una evolución gradualmente satisfactoria durante los últimos 30 años, ya que ha tenido que adaptarse a los cambios en sistema de salud y sociedad. Para lo cual fue necesario establecer el perfil poblacional, tomando en cuenta las variables, sociales, sanitarias y físicas de las personas; tal como lo menciona el actor AC1.

AC1: « Si on regarde notre profil populationnel... sur notre territoire, un bon pourcentage qui ont 2 maladies chroniques... Quand on prend une décision au niveau organisationnel, on s'intéresse à notre profil, en fonction de la strate d'âge, démographique, en fonction des paramètres sociaux, de la dévalorisation matérielle et sociale, on regarde et cela nous donne un profil de population, on est sait de prendre des décisions, des orientations en fonction des maladies chroniques... »

Trad: [Si nos fijamos en el perfil de nuestra población... en nuestro territorio, un buen porcentaje tienen 2 enfermedades crónicas... Cuando se toma una decisión a nivel de organización, nos fijamos en nuestro perfil, según el estrato de edad población, demografía, de acuerdo a los parámetros sociales, desvalorización material y social, buscamos y obtenemos un perfil de la población, necesario

para tomar decisiones, las directrices en función de las enfermedades crónicas...]

El actor AC3 menciona reconoce que una de sus actividades es precisamente conocer a la población, sus necesidades y establecer cómo éstas deberán ser subsanadas. Para este actor es una forma de garantizar que la oferta de servicios sea adecuada ya que parte de la realidad en que viven las personas y se desarrolla el programa.

AC3: « *...ma première responsabilité est de bien connaître les besoins et identifier les services et soins qui devraient être distribués à ces personnes âgées pour demeurer à domicile* »

Trad: [... mi primera responsabilidad es conocer bien las necesidades e identificar los servicios y la atención que deben ser distribuidos a las personas mayores que permanecen en su domicilio]

Hacer un diagnóstico de salud completo permite además de identificar las necesidades sanitarias y sociales, establecer las estrategias para la resolución de las mismas.

En este caso de estudio, el equipo multidisciplinario se encarga de brindar atención a las personas que tienen pérdida de la autonomía, es decir, de las personas que no pueden hacerse cargo de su autocuidado. Ya sea por deficiencias en la salud física, mental o social.

Teniendo como fin, que las personas permanezcan el mayor tiempo posible en casa y no en un hospital o asilo, como lo indican los actores AC3, AC5 y AC16.

AC3 « *l'objectif même de la direction des programme c'est de maintenir à domicile la personne âgée et des services qu'elle reçoit...* »

Trad: [el objetivo mismo de la dirección del programa es mantener a las personas mayores en el hogar y con los servicios que recibe...]

AC5: « *Donc que notre mission, notre vision, notre philosophie c'est de garder les personnes âgées le plus longtemps à domicile, le plus longtemps possible autonome... donné tous les services à domicile... »*

Trad: [De modo que nuestra misión, nuestra visión, nuestra filosofía es el resguardo de las personas mayores el mayor tiempo en casa, el mayor tiempo autónomo... dando todos los servicios a domicilio...]

AC16: « *...répond tout d'abord au premier besoin des personnes âgées de demeurer à domicile et non pas être institutionnalisée... »*

Trad: [De inicio responde a la necesidad primaria de las personas mayores de vivir en su casa y no estar en una institución...]

Para complementar la información el actor AC5, nos menciona de manera clara como está integrado el equipo de salud, lo cual es una de las fortalezas del programa ya que permite a un equipo multidisciplinario hacer un plan de intervención integral para el cuidado del paciente, así como para el mantenimiento el mayor tiempo posible en casa, en condiciones óptimas.

AC5: « *...nous occuper de toutes les personnes qui souffrent de perte d'autonomie de l'offre de services de santé y psychosociaux, tous les intervenant travailleur social, infirmière, ergothérapeute, physio et les aides à domicile. »*

Trad: [...nos ocupamos de todas las personas que sufren pérdida de la autonomía y de la oferta de servicios de salud y sociales, todos los intervinientes, trabajador social, enfermera, ergo terapeuta, fisio y los cuidadores o ayudantes a domicilio.]

8.1.3. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Toda institución que preste servicios debe organizarse para elaborar los programas, determinar los procesos y los componentes que ayudaran a mejorar la prestación del servicio.

En este caso la institución tiene una dirección llamada *SAPA et DP*, en francés *Soutien à la Autonomie des personnes âgées et déficience physique*, en español apoyo a la autonomía de los adultos mayores y deficiencia física.

Esta dirección busca que los adultos mayores sean autónomos para su cuidado y en sus actividades de la vida diaria. Esto siempre tomando en cuenta no solo el trabajo del equipo de salud sino también el trabajo que debe realizar el paciente, su familia y la comunidad, como lo dice el actor AC3.

AC3: « Le mandat de la direction des programme SAPA et DP, c'est l'autonomie des personnes âgées... avec cette équipe de soutien à domicile avec l'aide des familles ou des personnes »

Trad : [El mandato de la dirección de los programas de SAPA y DP, es la autonomía de los adultos mayores... con el equipo de cuidado con la ayuda de las familias o individuos]

Para garantizar adecuado funcionamiento del programa la institución reconoce su presencia dentro de la oferta de servicios de primera línea, otorgándole un presupuesto para la realización de las actividades, así como la integración del equipo que prestara el servicio. Y la coordinación con otros programas que se encuentran dentro del mismo centro, tal como lo menciona los actores AC1 Y AC3.

AC1: « Le soutien à domicile, un service parmi l'ensemble du CSSS... dans notre répartition des services, demandes et budget. La direction SAPA est une portion importante dans l'offre de

services... et est complémentaire aux autres services qui sont dans l'organisation. »

Trad: [El cuidado domiciliario es un servicio dentro del CSSS... dentro de nuestra repartición de servicios, ofertas y presupuesto. La dirección SAPA es una parte importante en la oferta de servicios... y es complementario a otros servicios dentro de la organización]

AC3: *«Mon rôle est d'assurer une qualité des services et soins sécuritaires à la personne âgées, j'ai aussi la responsabilité de gérer une équipe de gestionnaire qui eux-mêmes sont responsables de voir à la distribution de soins et services et ultimement ma direction, mon rôle avec l'équipe de gestion, j'ai la responsabilité d'offrir les services à l'intérieur d'une enveloppe budgétaire»*

Trad: [Mi papel es el de garantizar un servicio seguro y de calidad y la atención a la persona mayor, tengo también la responsabilidad de gestionar un equipo de gestionarios que a su vez son responsables de velar por el cuidado y la prestación de servicios, y en última instancia, mi dirección, mi papel con el equipo directivo, tengo la responsabilidad de proporcionar servicios dentro de un presupuesto]

Para mejorar las actividades el programa se desarrolla con presencia de consejeros de dos direcciones, SAPA y enfermería. Ambas direcciones son las encargadas de velar por el adecuado funcionamiento, y otorgar las facilidades para la implementación de las actividades así como para la vigilancia del mismo.

Es responsabilidad de estas direcciones, realizar periódicamente el diagnóstico de necesidades del programa y de la población, para poder hacer adecuaciones al mismo, con el fin de que las actividades que se realicen correspondan a lo que el

paciente necesita, pero también la institución, el ministerio de salud y las profesiones involucradas.

Todas las actividades que se realizan y la oferta de servicios van de la mano con el perfil poblacional, la capacidad institucional y los mandatos normativos del sistema sanitario y de los organismos de regulación profesional. Tal como lo mencionan por los actores AC2, AC3 y AC4.

AC2: *«C'est un programme en 2 volets, il y a le côté direction des soins infirmiers et pratiques professionnelles qui est plus un volet de la direction secteur des conseils de l'ensemble du CSSS... »*

Trad: [Es un programa en dos partes, está la parte de dirección de la enfermería y las prácticas profesionales que son un componente más de la dirección y de los consejeros del CSSS...]

AC3: *«j'ai donc la responsabilité d'organiser les services et de respecter les budgets mis à ma disposition, bien identifier les priorités dans l'organisation des services car on ne peut pas tout offrir à tout le monde n'importe comment. Mon rôle premier est de voir à ce que toute l'équipe offre des soins et services de qualité et sécuritaires à la population du territoire avec les budgets. »*

Trad: [tengo la responsabilidad de organizar los servicios y cumplir con los presupuestos a mi disposición, identificar bien las prioridades en la organización de servicios porque no podemos proporcionarle todo a todo el mundo sin importar cómo. Mi primer papel es vigilar que todo el equipo ofrezca atención y servicio de calidad y seguridad a la población del territorio con el presupuesto.]

AC4: *« ... m'assurer qu'on détermine le plan de travail, objectifs annuels en fonction des orientations ministérielles, orientations stratégiques pour clientèle particulière de ce programme. De*

m'assurer des moyens de soutenir les équipes, pour qu'on arrive à atteindre nos cibles, les ententes de gestion parce que la question le budget est conditionnel à l'atteinte de nos cibles... »

Trad: [... me aseguro de determinar el plan de trabajo, los objetivos anuales en función de las orientaciones del ministerio, direcciones estratégicas para los clientes específicos de este programa. De asegurar las medidas de apoyo a los equipos, para cumplir con nuestros objetivos, los acuerdos de gestión porque el presupuesto está condicionada a la consecución del logro de nuestro objetivo...]

8.1.4. ORGANIZACIÓN DE TRABAJO: Métodos y procedimientos

El estudio de estos métodos de trabajo busca obtener la información que permita establecer los criterios necesarios para nuevas formas de trabajo, logrando la mejora de las actividades y por tanto el logro de los objetivos de una manera satisfactoria.

Fue necesario identificar a todos los involucrados en el cuidado domiciliario para así poder determinar las funciones que cada uno de ellos desempeñaba y como éstas se complementan en el trabajo de equipo.

La implementación del programa es realizada por un equipo multidisciplinario con personal profesional y no profesional, otorgando atención y cuidados específicos para las enfermedades que padezca el paciente, pero también apoyo a la autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria.

El actor AC4 menciona que existen dos tipos de oferta de cuidado domiciliario en general; cuidado a corto plazo, que son todos aquellos pacientes que tienen pérdida temporal de la autonomía, como el caso de pacientes post-quirúrgicos; y cuidado a largo plazo, que son clientes que requieren atención paliativa o

cuidados por padecimientos como ECNT y que además tienen pérdida de la autonomía.

Así mismo, este actor menciona que los cuidados proporcionados son a nivel físico, mental y social. Buscando la readaptación a la sociedad y a las actividades de la vida diaria. Para lograr el mayor tiempo de estancia del paciente en su domicilio.

AC4: « L'ensemble du programme des services sont dispensés par une équipe interdisciplinaire pour une clientèle de personnes âgées ou à profil gériatrique... ses clients, il peut avoir des malades chroniques, c'est souvent des clients de soins de court terme, long terme, profil gériatrique, en perte d'autonomie, qui ont besoin de services de soins au niveau social, réadaptation, physio, ergo, en fonction d'une perte au niveau fonctionnel qui ont un besoin d'un complément...»

Trad : [El programa de Servicios en general es otorgado por un equipo interdisciplinario para una clientela de adultos mayores o con perfil geriátrico... sus clientes, pueden tener enfermedades crónicas, a menudo reciben cuidado a corto plazo, a largo plazo, de perfil geriátrico, con pérdida de la autonomía, que requieren los servicios de cuidados a nivel social, rehabilitación, fisioterapia, ergo, en base a una pérdida a nivel funcional que tienen una necesidad un complemento...]

Existe integración de los equipos de trabajo para asegurar la prestación del servicio de manera holística teniendo como centro el paciente tomando en cuenta sus necesidades e integrando a la familia como parte del equipo de apoyo. Así, el plan de trabajo se realiza también con el paciente y familia.

Durante la investigación resultó también que el modelo de trabajo es interdisciplinario en los casos completos, ya que así logran que todos los

Traducción del francés realizada por la alumna investigadora y la Directora de tesis.

involucrados, personal de salud, familia y paciente, tomen conciencia de la importancia del plan de cuidados, para que así cada uno pueda asumir sus responsabilidades. Al respecto el actor AC21 menciona:

AC21:«... *on fait des réunions sous modèle interdisciplinaire plus que multidisciplinaire pour cas complexe... il y a des réunions pas encore souvent en associant le client avec nous, pas encore des fois oui, usager ou membres de la famille dépendant du problème, travailleur social, ergo, infirmière, auxiliaire sociale à une même table, on va discuter... »*

Trad: [de hecho las reuniones son en el modelo interdisciplinario más que en el multidisciplinario para los casos complejos... a menudo no se hacen estas reuniones de sentarnos con el paciente, sin embargo si se hacen, usuarios, familiares dependientes del problema, ergo, enfermera, auxiliar social se sientan en una misma mesa a discutir...]

Al tomar en cuenta a todos los involucrados y participar activamente mientras se establecen los objetivos y metas de trabajo, logran crear un ambiente de confianza entre los actores, lo cual permite trabajar en un ambiente de pertenencia, compromiso y respeto que garantiza el adecuado funcionamiento de las actividades que realiza cada integrante, y así lo establece el actor AC6.

AC6: «... *quand on peut avoir confiance mutuelle, c'est vraiment intéressant... on va être appelé d'organiser les soins, de trouver des solutions, ça fait du bien, on a de bons intervenants qui travaillent fort, travaille pour que ça fonctionne bien... on travaille dans un climat de travail, de partenariat, très bien fait les familles nous font confiance, elles travaillent avec nous, c'est vraiment un réconfort d'avoir réussi à entrer chez eux, dans un milieu favorable... on doit avoir un respect envers eux... »*

Trad: [... cuando se puede tener la confianza mutua, es realmente interesante... somos llamados a organizar la atención, para encontrar soluciones, se siente bien, tenemos buenos intervinientes que trabajan duro, trabajan para que funcione bien... trabajando en un buen ambiente, de pertenencia, las familias confían en nosotros, trabajan con nosotros, es realmente reconfortante haber logrado llegar a casa en un entorno de apoyo... nosotros debemos tener respeto por ellos...]

La experiencia profesional es fundamental para el desarrollo de las actividades, ya que una amplia y adecuada experiencia favorece la seguridad y calidad en el actuar. El personal manifiesta haber tenido experiencia previa en otras áreas al igual que permanencia continua en el cuidado domiciliario.

En este estudio también se pudo observar y reconocer que la experiencia profesional es importante cuando se brinda cuidado en el hogar, ya que todos son tomadores de decisiones y autónomos mientras se llevan a cabo las actividades frente al paciente. Y así mismo lo menciona el actor AC14.

AC14: « *Moi, j'ai commencé depuis janvier, je trouve que c'est différent qu'en centre d'hébergement et hôpitaux. C'est différent l'expérience, on apprend beaucoup, par exemple, là moi je travaillais dans un centre d'hébergement, l'infirmière faisait des tâches mais au CLSC, on développe l'autonomie, tu es autonome dans la routine des soins, y a pas quelqu'un qui peut juger à ta place... »*

Trad: [Yo empecé en enero, creo que es diferente a un asilo y hospitales. Es diferente la experiencia, hay mucho que aprender, por ejemplo, donde trabajé en un hogar de ancianos, pero CLSC la enfermera estaba haciendo tareas, desarrollamos la autonomía,

tú eres autónomo en las rutinas de cuidado, no hay alguien que pueda evaluarte en el lugar...]

El personal comienza siendo parte del equipo en terreno, y conforme adquiere más habilidades sus responsabilidades aumentan, esto permite crear personal cada vez mejor capacitado, y con conocimiento de cómo se realizan las actividades dentro del hogar.

Prácticamente se potencian las capacidades del personal, a medida que van avanzando dentro del programa y aumentan sus responsabilidades. Por ejemplo, como en el caso del actor AC11, pasan a ser gestores y jefes de equipo, hacen sus actividades profesionales pero también supervisan al resto del equipo y tiene su propia carga de casos. Esto también tiene como resultado, contar con personal que se sienta reconocido y estimulado en su trabajo.

AC11: « Je travaille au soutien à domicile depuis 14 ans. J'ai commencé les 7 premières années, je faisais partie de l'équipe court terme, c'était des patients post-chirurgie depuis par la suite. Je travaille à l'équipe long terme, j'ai mes propres patients, avec mon propre case load depuis 2 ans, on travaille avec les infirmières auxiliaires, qui nous supporte dans ce travail. C'est stimulant parce que la clientèle apprécie nos services. Mon rôle est tant qu'infirmière clinicienne formée à l'université a changé, aussi j'occupe une fonction de gestionnaire en ce moment je dois m'occuper de superviser mon équipe de travail, infirmières auxiliaires et aussi des auxiliaires familiales, on travaille beaucoup en interdisciplinarité soit avec travailleur social, ergo, physio et nutritionniste... »

Trad: [Yo trabajo en cuidado domiciliario por 14 años. Cuando comencé, los primeros 7 años yo era parte del equipo a corto plazo, atendía a pacientes postquirúrgicos en su domicilio. Yo trabajo en el

equipo a largo plazo y después de 2 años tengo mis propios pacientes, mi propia carga de casos, trabajando con los auxiliares de enfermería, que nos apoyan en esta labor. Es estimulante porque los clientes aprecian nuestros servicios. Mi papel como enfermera clínica universitaria ha cambiado, también tengo la función de gestionar en este momento me ocupo de supervisar a mi equipo de trabajo, enfermeras y auxiliares familiares, trabajamos mucho interdisciplinariamente con el trabajador social, fisioterapeuta, ergo terapeuta y nutrióloga...]

De la misma manera resulta interesante como la experiencia profesional en otros campos y en otros países resulta beneficiaria para el beneficio del paciente ya que al ser un país con población multicultural permite a profesionales capacitados en otras naciones la integración en su fuerza laboral fortaleciendo con esto sus equipos de trabajo. Como en el caso del actor AC20.

AC20: « ... *J'ai beaucoup d'expérience en Pologne, je suis polonaise, je travaillais comme physiothérapeute... j'ai travaillé 5 ans comme physiothérapeute en Pologne, beaucoup d'expériences auprès des personnes âgées, enfants handicapés, cela m'a donné beaucoup d'aider pour ici.* »

Trad: [... Tengo mucha experiencia en Polonia, soy polaca, estaba trabajando como fisioterapeuta... he trabajado 5 años como fisioterapeuta en Polonia, la vasta experiencia con las personas mayores, los niños discapacitados, sirve mucho para ayudar aquí.]

8.1.5. FUNCIONAMIENTO OPERATIVO.

El funcionamiento operativo parte desde los niveles de alta dirección ya que de ellos depende los servicios del centro de salud sean ofertados de manera efectiva y eficiente a toda la población. Así lo menciona el actor AC2.

Traducción del francés realizada por la alumna investigadora y la Directora de tesis.

AC2: « ... j'ai la responsabilité d'amener à la personne âgée est ce que dans le développement de notre offre de service, c'est adapté la personne âgée.. »

Trad: [Tengo la responsabilidad de atraer a los adultos mayores al desarrollo de nuestra oferta de servicio, adaptándolos a las personas mayores]

La puerta de entrada al programa no es limitada y está bien definida, cuestión que permite a los usuarios demandar atención de la manera adecuada ante las autoridades sanitarias pertinentes.

Un paciente puede ingresar por medio de referencia; de su médico de familia, de un médico especialista a su egreso hospitalario, de otra unidad hospitalaria o centro fuera del territorio; o por medio de la comunidad, familia o el mismo paciente que lo solicita ante un centro de salud. Como lo mencionan los actores AC3 y AC26.

AC3: « ... lorsque la personne âgée nécessite une demande ou qu'on a une demande de service pour la personne âgée, des fois faites par la famille ou la personne âgée elle-même ou les hôpitaux»

Trad: [...cuando las personas mayores requieren una solicitud o alguien solicita el servicio para las personas mayores, a veces hecha por la familia o los adultos mayores personalmente o los hospitales]

AC26: « J'ai commencé avec le système du CLSC de Petite Patrie dans l'est de Montréal, maintenant, je viens de déménager, il y a une bonne équipe avec CLSC et la Royale Victoria... J'ai été originellement référé par mon médecin avec l'hôpital, quand j'ai déménagé dans le west island à Montréal, j'ai pris le temps pour avertir que je reviens et de recommencer mon dossier »

Trad: [Empecé con el sistema de CLSC Petite Patrie en Montreal del este, ahora me acabo de mudar, hay un buen equipo con CLSC y el Royal Victoria ... originalmente me recomendó mi médico con el hospital, cuando me mudé a la isla al oeste de Montreal, me tomé el tiempo para advertir que yo regresaba y empezar nuevamente mi expediente]

Durante las entrevistas, se obtuvo como resultado que en su mayoría los pacientes recibían atención domiciliaria por medio de la referencia del hospital o el médico de familia. Tal como lo mencionan los actores AC24 y AC25.

AC24: *«C'est l'hôpital de LaSalle... mon médecin qui ont demandé qu'ils viennent »*

Trad: [Del hospital LaSalle... mi médico les pidió que vinieran]

AC25: *« Le médecin quand j'ai eu un cancer, le médecin à demander que j'aie des soins à domicile depuis... le CLSC est venu »*

Trad: [El médico cuando tuve cáncer, el medico solicito que yo tuviera cuidados a domicilio... después el CLSC vino]

Una vez recibida la solicitud de atención se debe realizar un expediente del paciente y se le asigna un profesional pivote, como lo menciona el actor AC23. Quien será el encargado de hacer la evaluación del caso para determinar el tipo y tiempo de atención que deberán recibir los pacientes.

Dicha evaluación consiste en una recolección de datos, físicos, sociales y mentales del paciente que permiten hacer un diagnóstico de necesidades del paciente, para poder establecer el plan terapéutico. Como lo menciona el actor AC21.

AC3: *« Aussitôt que la demande arrive dans un guichet d'accès et que le dossier est assigné à une professionnelle... »*

Trad: [Tan pronto como la solicitud llega a una ventanilla de acceso y se hace un expediente y se le asigna a un profesional...]

AC21: « *Quand on voit un client, un usager qui nous arrive, une personne âgée, puis l'usager c'est la personne qui utilise les services du réseau. Donc la première chose qu'on fait on va rencontrer la personne on va utiliser un outil qui nous permet de faire une évaluation.*

Une collecte de données qui nous fournit une image, une image globale autant que possible, incluant tous les aspects de la vie, c'est-à-dire soit par les activités de la vie quotidienne ou les activités domestiques, ménage, faire la vaisselle, se laver, ça c'est les activités de la vie quotidienne »

Trad: [Cuando vemos a un cliente, un usuario que nos refieren, una persona mayor, entonces el usuario es una persona que utiliza los servicios de red. Así que lo primero que hacemos es conocer a la persona utilizando una herramienta que nos permite hacer una evaluación.

Una colecta de datos que nos proporciona una imagen global tanto como sea posible, incluyendo todos los aspectos de la vida, es decir, las actividades de la vida diaria o doméstico, aseo de la casa, lavar los platos, bañarse, esas son las actividades de la vida diaria]

El actor AC3 comenta que la evaluación del paciente no es una valoración de necesidades de manera general, es una herramienta electrónica ya establecida por el ministerio de salud y servicios sociales. Esta herramienta multi-clientela permite al profesional de la salud conocer las necesidades y hábitos de vida de las personas. Y se lleva al ingreso del paciente al servicio y posteriormente cada año.

AC3: « le ministère de la santé et services sociaux qui ont développé un outil informatisé, une grille d'évaluation des besoins de la personne âgée, on l'appelle l'OEMC, outil d'évaluation multiclientèle qui ne s'adresse pas juste aux personnes âgées mais à toute la clientèle pour laquelle on offre des services de soutien à domicile... la professionnelle a l'obligation d'élaborer un OEMC pour connaître les besoins et habitudes de vie. L'OEMC doit être révisée une fois par an, si un changement est en cours d'année, doit être mise à jour»

Trad: [el ministerio de salud y los servicios sociales han desarrollado un instrumento electrónico de evaluación de las necesidades de las personas mayores, que se llama el OEMC, instrumento de evaluación multiclientela que no está destinado sólo para personas mayores, sino a todos los clientes para los que ofrece servicio de cuidado domiciliario... el profesional tiene la obligación de llenar un OEMC para conocer las necesidades y estilo de vida. La OEMC debe ser revisada una vez al año, si hay un cambio en el año, debe ser actualizada]

De la herramienta OEMC se desprende otra llamada ISMAF que en el formato electrónico se llama RISPA que evalúa las actividades de la vida diaria del paciente que permite conocer al usuario en su ambiente natural. Al respecto el actor AC21 nos comenta:

AC21: « Cet outil est informatisé maintenant, qu'est-ce qu'on relève de cet outil? Première des choses, ça nous permet de situer l'utilisateur, il est dans quel environnement, il prend de la médication, il y a un pharmacien, un médecin de famille... on appelle le ISMAF qui va évaluer les activités de la vie quotidienne ou domestique. C'est fait avec ça avec un programme informatisé appelé solution RSIPA... »

Trad: [Esta herramienta está en electrónico ahora, ¿qué nos revela esta herramienta? Lo primero es, que nos permite situar al usuario, el entorno, cómo se toma la medicación, tiene un farmacéutico, un médico de familia... se llama ISMAF evalúa las actividades de la vida diario o doméstico. Está hecho con un programa electrónico llamado solución RISPA...]

Estas herramientas se sustentan en el modelo conceptual McGill en que se basan para desarrollar el plan terapéutico, que permite de inicio el afrontamiento del problema a manera de trabajo en equipo, del personal de salud, el paciente y la familia, como lo reitera el actor AC6:

AC6: « ... *qu'on utilise McGill, on implique la famille, les familles sont importantes.* »

Trad: [... utilizamos McGill, se implica a la familia, las familias son importantes]

Una vez que se establece el perfil del cliente y su plan de tratamiento se establece un calendario para llevar a cabo las actividades. Ya que cada equipo tiene su área de responsabilidad y sus rutas establecidas para visitas programadas. Sin embargo, el paciente puede recibir atención cada que la requiera ya que el servicio se ofrece durante 22 horas los 7 días de la semana, como lo indica el actor AC3.

AC3: « *Actuellement, les services du soutien à domicile du matin, les routes, on commence à offrir des services à partir de 6 heures am jusqu'à 22 heures, toute la semaine, 7 jours par semaine. Ce sont des points forts...* »

Trad: [Actualmente, los servicios de cuidado a domiciliario, las rutas, comienzan a las 6am, durante 22 horas, todas las semanas, 7 días por semana. Ese es uno de los puntos fuertes...]

Observación Canadá: La atención programada se brinda de lunes a viernes en turno matutino, para el personal profesional. El personal no profesional (Auxiliares familiares) es matutino y vespertino.

El personal profesional de enfermería del turno vespertino, atiende pendientes específicos delegados por la enfermera tratante del caso, como lo son curaciones que deben hacerse por la tarde únicamente, o que bajo prescripción tiene que realizarse algún tipo de cuidado profesional en su turno. También es la encargada de atender las urgencias, siempre realizando anotaciones para dar cuenta del caso al equipo responsable del paciente.

Dicho profesional también es el encargado de atender al llamado del personal auxiliar en caso de que se presente alguna eventualidad.

Los fines de semana se establecen un rol de guardias, las cuales consisten en las actividades similares al turno vespertino, tomando en cuenta que hay cuidados que deben realizarse diariamente. Ejemplo; curaciones, administración de tratamiento estrictamente supervisado.

Los roles y funciones permiten la organización al interior del equipo interdisciplinario permitiendo la distribución de las tareas de una manera organizada. Así como asegurar el logro de los objetivos, seguimiento de las actividades y apego a las políticas institucionales, como lo dice el actor AC9.

AC9: « *Mon rôle est élargi, je peux avoir différentes fonctions, une fonction de coordination, que je m'assure que toutes les demandes soient bien assignées...Je dois m'assurer que les autres membres du soutien à domicile, des ASS ou tout personnel, que tout le monde adhère à cette règle, cette politique ou objectif... »*

Trad: [Mi papel es extenso, yo puedo tener diferentes funciones, una función de coordinación, me aseguro de que todas las solicitudes de cuidado estén correctamente asignados... Tengo que asegurarse de que los otros miembros de la cuidado a domicilio, las ASS o cualquier personal, que todo el mundo se adhiera a la regla, la política u objetivo...]

Así mismo existe reconocimiento al trabajo del otro para lograr la integración del equipo interdisciplinario.

AC13: « *Je pense que tout le monde est très important a le équipe, chaque que apport son expertise, il n'y a pas une profession qui est plus important qu'un autre, chaque profession est différent... »*

Trad: [Creo que todo el mundo es muy importante en el equipo, todos aportado su conocimiento, no hay una profesión es más importante que otra, cada profesión es diferente...]

Los usuarios, al formar parte del equipo, deben conocer que servicios deben recibir cuando son derechohabientes del programa, reconociendo también la importancia de aprender sobre su salud. Asumiendo un rol activo a través del descubrimiento personal y la participación en su cuidado, y así lo refiere el actor AC24.

AC24 : « ...elle vient à toutes les semaines pour la pression, cœur, regarder quand j'ai des plaies, elle me montrer comment mettre mes collants, pas mal tout. Elle me donne de petits livres sur la sante dans pour apprendre, je fais du diabète, elle me donne pas mal de choses, des informations. »

Trad : [... Ella viene cada semana para la presión, el corazón, cuando miro a las heridas, me muestran cómo poner mis medias, no está mal en absoluto. Me da pequeños libros sobre la salud con el fin de aprender, tengo diabetes, me da un montón de cosas, de información...]

Los actores AC25 y AC11 manifiestan la importancia de la continuidad en el equipo de trabajo ya que esto permite entablar relaciones de confianza y apego de los usuarios quienes reconocen la importancia del trabajo del equipo.

AC25 : « ... c'est parfait, c'est toujours les 2 mêmes personnes, c'est bon, c'est bien. On à confiance aussi, on s'habitue... »

Trad: [... Es perfecto, siempre las mismas 2 personas, es bueno, eso es bueno. También tenemos confianza, te acostumbras...]

AC11: «... est une très bonne équipe, gens sont là depuis très longtemps, gens expérimentés, on se connaît bien depuis longtemps, bonne communication et collaboration c'est un point fort...»

Trad: [es un equipo muy bueno, la gente está allí por un largo tiempo, gente con experiencia, que se conocen bien desde hace mucho tiempo, buena comunicación y cooperación es un punto fuerte...]

8.1.6. EVALUACIÓN DEL TRABAJO

La eficacia del programa se refleja en la mejora de las condiciones de vida de la población de responsabilidad, el actor AC8 hace una clara referencia en que es posible visualizar el impacto positivo en la vida de las personas que se atienden.

AC8: « *Le plus grand impact est d'améliorer la qualité de vie* »

Trad: [El mayor impacto es la mejora de la calidad de vida]

Las estrategias del programa van encaminadas a mantener a los pacientes el mayor tiempo posible en casa, para lo cual es necesario que el paciente comprenda y aplique acciones de autocuidado para evitar la exacerbación del problema de salud que pudiera tener, y así lo menciona el actor AC3.

AC3: « *Dans le programme SAPA, on contribue plus au maintien de la santé de la personne âgée en allant à domicile pour les soutenir, leur donner l'enseignement comme comment prévenir...* »

Trad : [En el programa de SAPA, contribuye mucho a mantener la salud de las personas mayores al ir a casa para apoyarlos, darles la educación sobre cómo prevenir...]

Una adecuada implementación permite a todos los actores involucrados ser conscientes del impacto positivo de las acciones que se realizan. Los pacientes refieren mejorías significativas en su estado de salud al estar recibiendo cuidado a domicilio. El actor AC22 refiere como es su estado de salud ahora que recibe cuidado en su domicilio.

AC22: « *Mon état de santé est bonne, je n'ai pas de problème, je ne fais pas de sucre, pas de cholestérol, je n'ai pas rien de ça. Pas de cataracte, j'ai rien de ça, ma santé est bonne... c'est contrôlé, c'est correct...* »

Trad: [Mi salud es buena, no tengo ningún problema, yo no tengo azúcar, ni colesterol, ya no tengo nada de eso. No cataratas, no tengo nada de eso, mi salud es buena... está controlado, es correcto...]

Una manera garantizar la continuidad del servicio es un número telefónico o por el nombre de la línea de ayuda que permite a los pacientes, solicitar la atención en cuanto se requiera. Es el mecanismo de ayuda en caso de haber alguna eventualidad, fuera de la programación. Tal como lo mencionan los pacientes AC25 y AC26.

AC25: « ...je contacte le CLSC jusqu'à 8 heures le soir et après ça je peux contacter une infirmière au 811. Si c'est plus grave, je vais à l'hôpital »

Trad: [...me comunico con el CLSC hasta las 8 pm y después yo puedo ponerme en contacto con una enfermera en 811. Si es más grave, me voy al hospital]

AC23: « info santé, ah oui, info santé, CLSC. »

Trad: [info santé, ah si, info santé, CLSC.]

Otro elemento importante es reconocer la ayuda que se presta al formar parte de este equipo de salud. Y el auto-reconocimiento del trabajo realizado es parte importante dentro de la organización. Se debe garantizar que el paciente se encuentre el mayor tiempo posible en casa pero al mismo tiempo se debe evitar el aislamiento social que puede surgir al confinar al paciente a su hogar, cuando la familia no tiene la posibilidad de estar presente, como así lo menciona el actor AC12.

AC12 : « on est capable de combler les besoins chez le client vulnérable avec santé précaire, quand la famille est loin, pas beaucoup de ressources des proches, moi je trouve un point fort

est de casser l'isolement, quand la personne âgée est trop solitaire chez lui. »

Trad: [somos capaces de satisfacer las necesidades en el cliente vulnerable con salud precaria, cuando la familia está lejos, no muchos familiares tienen los recursos, me parece que un punto fuerte, es romper el aislamiento cuando la persona mayor está demasiado solitaria en casa.]

Cada profesional debe actuar bajo las capacidades y normativas de su profesión, sin embargo, debe ser preciso reconocer que el trabajo que se realiza no solo compete a una persona, ya que para alcanzar el éxito se necesita un trabajo colaborativo que solo se puede lograr mediante la consolidación del equipo de trabajo. Al respecto los actores AC16 y AC20 nos comentan:

AC16: « Du soutien de l'équipe de travail. On travaille beaucoup en équipe pour essayer d'avoir de meilleures interventions auprès du client. »

Trad: [El apoyo del equipo. Trabajamos duro como equipo para tratar de obtener mejores respuestas del cliente.]

AC20: « Nous travaille ensemble, très important le travail d'équipe. Nous avons le client en premier mais c'est un travail d'équipe. »

Trad: [Trabajamos juntos, muy importante el trabajo en equipo. Contamos con el cliente en primer lugar, pero es un esfuerzo de equipo.]

El compromiso forma parte del trabajo diario del personal de cuidado a domicilio, ya que al estar dentro de la esfera del hogar el profesional pasa a ser parte activa de sus relaciones sociales, como prestador de servicio pero también como la persona con quien habitualmente convive el paciente y la familia. Así lo refleja el actor AC14.

AC14 : « *Quand tu aimes ce que tu fais, tu donnes plus et tu es responsable* »

Trad: [Cuando amas lo que haces, das más y eres responsable]

Gobernar implica establecer las políticas como medidas de acción necesarias para dar respuesta a los problemas sociales de la comunidad. Para que estas políticas sean efectivas es necesario crear programas operativos encaminados al logro de los objetivos y mejora en las determinantes sociales. Los cuales deben poder ser medibles y tener un impacto que permita asegurar la calidad en la oferta del servicio prestado.

En este programa los actores AC2 y AC3 identificaron primero el vínculo entre el estado y el programa y después el impacto de las acciones realizadas.

AC2: « *nous avons la force d'avoir une structure gouvernementale qui a développé un beau programme sur l'approche à la personne âgée... »*

Trad: [tenemos la fortaleza de contar con una estructura de gobierno que ha desarrollado un gran programa en el acercamiento a las personas mayores...]

AC3 : « *L'impact sur la santé, on espère que l'impact sera de s'assurer que les personnes âgées qui ont à venir dans nos services ne souffriront pas de déconditionné »*

Trad: [El impacto en la salud, se espera que el impacto sea asegurar que las personas mayores que vienen a nuestros servicios no sufrirán deterioro o daño]

Para considerar que una acción, programa o política es satisfactoria, debe ser evaluada de manera interna y externa. En los párrafos anteriores el personal

percibe que su trabajo tiene un reflejo positivo, y así mismo, el usuario externo, el actor AC26 confirma dicha eficiencia.

AC26: « ... *l'opinion que j'ai, ils sont vraiment efficient et professionnel, efficace le plus possible avec les limitations qu'ils ont pour faire le travail...* »

Trad: [...la opinión que tengo, es que son realmente eficientes y profesionales, eficiente tanto como sea posible con las limitaciones que tienen al hacer el trabajo...]

Los pacientes muestran satisfacción y seguridad al recibir al equipo en sus domicilios. Como el actor AC22 que menciona que el hecho de estar continuamente vigilado permite que un diagnóstico y atención oportuna, mientras que los actores AC24 y AC26 reflejan que el personal les permite crear una zona de confort y seguridad.

AC22: « *L'avantage qu'elles viennent, parce que elles voient comment je progresse, s'il arrive quelques chose de nouveau, elles vont remarquer* »

Trad: [La ventaja de que vienen es porque ven cómo progreso, si me sucede algo nuevo, se dará cuenta]

AC24 : « *Je suis contente parce qu'au moins, je suis en sécurité* »

Trad: [Estoy contento porque al menos yo estoy a salvo]

AC26: « *Cela me donne un sens de confiance parce que cela me donne plus de temps pour vivre moins de stress, sans le stress.* »

Trad: [Me da un sentido de confianza porque me da más tiempo para vivir menos estrés, y sin estrés.]

Al preguntar cuál sería la desventaja de tener personal ingresando a sus domicilios la respuesta fue la misma en los pacientes entrevistados, que el actor AC24, no perciben ninguna. Lo cual resulto significativo para el estudio ya que en ningún caso se pudo observar la incomodidad que pudiera surgir al dejar entrar a personas extrañas al domicilio, o que algún paciente se sintiera amenazado al tener constantemente a algún integrante del equipo de salud.

AC24 : « *Il n'y en a pas des inconvénients* »

Trad: [No hay desventajas]

Al contrario, los pacientes identifican cuáles serían las complicaciones de no ser usuarios del programa de cuidado domiciliario. Se sabe que el apego al tratamiento algunas veces se ve deteriorado o inexistente, esto debido a que en su mayoría, los adultos mayores necesitan a una tercera persona para que les recuerde como hay que seguirlo, o simplemente para que sea quien les acompañe a las consultas de seguimiento. Como lo aclara el actor AC25 explícitamente durante la entrevista.

AC25: « *Si je n'avais pas de soins à domicile faudrait que j'aïlle probablement à l'hôpital et mon fils peut pas venir tout le temps, ma femme non plus, beaucoup de misère à marcher, même si l'hôpital est à côté, faut que je marche, misère à marcher.* »

Trad: [Si no tuviera cuidado en el hogar probablemente debería ir al hospital y mi hijo no puede venir todo el tiempo, mi esposa tampoco, mucha dificultad a caminar, incluso si el hospital está al lado, yo debe camino, caminando con dificultad.]

8.1.7. MEJORA CONTINUA

En el caso de Canadá este tema fue parte del análisis ya durante la recolección de información la institución se encontraba en proceso de cambio debido a las

Traducción del francés realizada por la alumna investigadora y la Directora de tesis.

nuevas necesidades de la población por lo que era necesario realizar adecuaciones en el programa para que éste siga funcionando.

Esta nueva reestructuración tiene como objetivo mejorar la imagen institucional mediante el aumento en la cobertura haciendo participes a los organismos comunitarios como parte del equipo de gestión para la planeación estratégica. Es decir, estar en mejora continua del programa y de la institución, como lo menciona el actor AC4.

AC4: « *On veut améliorer le portrait, constamment en développement. Les éléments que retouchent et complément dans les besoins des services, le partenariat, les organisations communautaires droits impliquées dans la direction des dossiers stratégiques* »

Trad: [Queremos mejorar la imagen, constantemente desarrollarla. Los elementos que mejorar y complementar las necesidades de los servicios, la asociación, las organizaciones comunitarias deberán implicarse en la gestión de los expedientes estratégicos]

El uso de la tecnología sirve para optimizar los recursos con que cuenta el personal de salud dentro del hogar de los usuarios. Por lo tanto resulta imprescindible que los miembros del equipo de salud hagan utilización de ésta para poder hacer los registros de manera rápida y completa, como lo menciona el actor AC4.

AC4: « *Avec la technologie, avec la consolidation, les évaluations à domicile, ordinateur à domicile, il faut que les gens s'habituent de le faire à domicile, s'habituer d'écrire directement, tout est informatisé, nos dossiers sont informatisés maintenant.* »

Trad: [Con la tecnología, con la consolidación, las evaluaciones para el hogar, la computadora en casa, es necesario que el personal

se habitúe a hacerlas en casa, que se acostumbren a llenarlas directamente, todo está computarizado, nuestros datos están en electrónico.]

8.2. Fase 2: México

En México la unidad de análisis fue el Programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (PADEC) del IMSS a través de un equipo de trabajo que de manera voluntaria accedieron a participar en el estudio a manera de grupo focal, con el fin de hacer una retroalimentación y complementar la información analizada en la fase 1.

Las entrevistas fueron codificadas y categorizadas para finalmente establecer cuatro temas:

- Organización institucional para la prestación del servicio
- Organización de trabajo: Métodos y procedimientos
- Funcionamiento operativo
- Evaluación del trabajo

8.2.1. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

En México el programa tiene aspectos a mejorar para que pueda servir como respuesta real a las necesidades sociales e institucionales. Se identifica que el programa de inicio es educativo, sus acciones van encaminadas a que los pacientes y familiares aprendan las acciones inmediatas de cuidado para que las lleven a cabo en lo subsecuente, que es cuando el equipo de salud se retira del domicilio. Tal como lo indica el actor AM1.

AM1: *“Es que no le han dado la importancia que tiene el programa”.*

“Aquí se les capacita los familiares que van a hacerse cargo del paciente”.

El establecimiento de las metas es congruente con el objetivo planteado de que el paciente y la familia sean los proveedores del cuidado, mientras que el equipo de salud solo será el facilitador de la información que sirva como guía de las

actividades dentro del hogar. Tal como lo menciona el actor AM3, al referir que el solo buscan el aprendizaje y adopción de conductas generadoras de salud.

AM3: *“... con el tiempo nosotros queremos lograr la meta... nosotros queremos que el paciente, que la familia aprenda y se eduque porque esto es un programa educativo”*

8.2.2. ORGANIZACIÓN DE TRABAJO

Los métodos de trabajo estandarizados permiten guiar las actividades estableciendo las formas de trabajo del equipo multidisciplinario.

El estudio reveló que aunque hay reglas para la operación de los programas dentro del instituto, en el caso del ADEC, tal como se ha reflejado en la búsqueda bibliográfica, no existe evidencia de que exista un documento específico que guíe las actividades del programa. El actor AM2 indica que la operación del programa, es el resultado del proyecto desarrollado por el equipo interdisciplinario que integra el grupo proveedor del cuidado y no de métodos estructurados sistematizados y estandarizados.

AM2: *“el programa que tenemos en ADEC nosotros lo hicimos en el 2013”.*

Existe un manual de procedimientos que indica cuanto tiempo tiene que permanecer el paciente dentro del programa, asegurando que no será acreedor a cuidado domiciliario permanente. Tal como lo mencionan los actores AM2 y AM1.

AM2: *“Tenemos un manual de procedimientos.”*

AM1: *“Hay un documento que dice de 3 a 4 meses pero no es cierto, esto nada más queda en papel, ellos firman de enterados, por lo regular el programa dura 6 meses.”*

El plan de intervención con el paciente se hace de manera colegiada entre los profesionales de la salud, hacen un análisis de necesidades de los pacientes para

adecuar sus actividades educativas a los requerimientos del paciente. Como lo indica el actor AM3.

AM3: “Unificamos todo y vemos que requiere el paciente en todos los sentidos.”

Aunque el plan de intervención educativa se realiza en conjunto, cada integrante del equipo tiene su rol bien definido por lo que sus actividades son encaminadas a brindar específica según el perfil de cada profesional. El actor AM1 lo indica claramente.

AM1: “Cada quien tiene su rol destinado, nos involucramos y de ahí partimos y hacemos cada quien lo que tiene que hacer.”

8.2.3. FUNCIONAMIENTO OPERATIVO

La puerta de entrada al programa es limitada no permite a los usuarios demandar atención de la manera adecuada ante las autoridades sanitarias pertinentes, siempre es por medio de la referencia dentro de la misma institución, ya sea del médico familiar o del especialista y debe de existir una solicitud del médico tratante para poder ingresar, tal como lo menciona el actor AM1.

AM1: “Ya sea el especialista o el médico familiar son los que evalúan el envío al servicio del ADEC... pero muchas veces es porque no se ve al paciente en forma presencial”

La evaluación del paciente al ingreso del programa la realiza el médico, sin embargo, si existe integración de toda la información recabada por el equipo multidisciplinario que permite que al paciente se le enseñe sobre métodos de cuidado de manera holística, como lo indica el actor AM1.

AM1: “el médico del ADEC encargado es el que hace la evaluación para que se integre al programa el paciente junto con la enfermera, trabajo social, dietología (sic) y psicología”

En México la evaluación se realiza siguiendo los métodos de trabajo definidos en campo por los integrantes del equipo de trabajo. En algunos casos estandarizados por el mismo profesional de la salud, y en otros siguiendo los lineamientos establecidos para todos los pacientes, sea cual sea el contexto en el que se encuentren, al respecto los pacientes AM2 y AM3 comentan.

AM2: “mi instrumento para evaluar son los PLACES”

AM3: “Nuestro estudio médico social es amplio, todo va dirigido a lo mismo... involucrar e identificar las redes sociales para lograr el mismo objetivo, que es que, paciente mejore su calidad de vida y lo hemos logrado”

Observación México: No mencionan modelo operacional, no lo identifican.

Una vez que se establece que el paciente debe recibir cuidado en domicilio, se establece el plan de tratamiento programado para durar el tiempo que establecen los criterios del programa, el cual deberá durar normativamente 4 meses, sin embargo, el equipo de salud manifiesta que no siempre existe apego a esta característica del programa, como lo indica el actor AM3.

AM3: “Manejamos un consentimiento informado en el cual nada más dice que el programa esta de 3 a 4 meses, ese es nuestro tiempo... en el cual nosotros queremos lograr una meta... que se eduque, porque esto es un programa educativo”

Observación México: No manejan un estándar de tiempo en atención domiciliaria y ésta solo se brinda de lunes a viernes en el turno matutino.

Tal como se establece en el apartado de resultados de la fase uno. Los roles y funciones permiten la organización al interior del equipo interdisciplinario permitiendo la distribución de las tareas de una manera organizada. Esta

organización depende únicamente del trabajo que realiza el equipo de salud y no de esquemas de trabajo sistematizados y estructurados.

Los integrantes del equipo de salud, trabajan de manera coordinada para asegurar la atención integral de los pacientes, aun cuando cada uno hace la evaluación y las acciones en el plan de intervención que correspondan, por lo que el actor AM1 y AM2 indican.

AM1: “El médico del ADEC es el que hace la evaluación, para que se integre al programa el paciente. Junto con la enfermera, trabajo social, eh, dietóloga y psicología”

AM2: “Yo leo los PLACES y hago mis diagnósticos, mi valoración, todo, y ya entonces, ya implantamos nuestras acciones”

El grado de participación familiar está determinado por las necesidades del paciente y explícito en los objetivos del programa, ya que el equipo de trabajo plantea claramente que el PADEC es un programa de capacitación y no asistencial, como lo menciona el actor AM1.

AM1: “Aquí se les capacita a los familiares que van a hacerse cargo del paciente”

La participación familiar es importante para el programa, asegura continuidad del tratamiento ordenado por el médico familiar o especialista, sin embargo, el rol del cuidador, está limitado a llevar a cabo las acciones que aprende del equipo de salud, no así en la toma de decisiones, como lo dice el actor AM3.

AM3: “La familia a veces es muy cómoda, y ya entonces entro yo... yo les digo, a ver, ¿Dónde está su libretita donde se está medicando?”

8.2.4. EVALUACIÓN DEL TRABAJO

La eficacia del programa se refleja en la mejora de las condiciones de vida de la población de responsabilidad independientemente de los métodos oficiales para la evaluación del trabajo.

Existe reconocimiento al trabajo del otro para lograr la integración como equipo. Como lo menciona el actor AM3.

AM3: “Todos trabajamos mucho y para lograr un impacto tenemos que trabajar, todos, la doctora, la enfermera, la nutrióloga... con una sola persona no vamos a trabajar”

El actor AM3 reconoce que el paciente necesita de su trabajo para poder mejorar y de ser posible integrarse de nuevo a la vida diaria. Lo cual indica que existe relación de confianza y seguridad con las medidas ofrecidas por el equipo multidisciplinario.

AM3: “el paciente dice, me está ayudando bastante que ustedes vengan, porque desde que ustedes vienen yo siento que tengo más esperanza”

La medida de evaluación del trabajo tiene que ver con la eficiencia, en la relación entre los recursos utilizados en el programa y los logros conseguidos con el mismo, en este caso los logros tienen que ver con la cantidad de pacientes internados por exacerbación de problemas y los transferidos, es decir, con el número de pacientes con pérdida de la autonomía que son capaces de moverse con medidas de asistencia, como lo explica el actor AM2.

AM2: “Aquí también hay que ver los resultados, nosotros ahorita tenemos en cuestión de úlceras por presión 4 nada más igual, y vemos de nuestros pacientes cuantos se internan por mes, en este mes llevamos dos pacientes que se han internado. Eso lo evaluamos, cuantos pacientes tienen eh... mecánica eh... transferencia. De los que se ingresaron, no ps de 54 pacientes

están en transferencia 50 porque 4 apenas están, ingresaron y les estoy enseñando como trasladarlos de la cama al sillón, bueno pues lo que es, verdad.”

Aunque no es parte de la evaluación de la eficacia del programa, se deben reconocer aquellas acciones que propician un cambio de vida, como el caso que presenta el actor AM3.

AM3: “A veces vamos y la casa ya está más limpia y la persona ya está comiendo verduritas y el pacientito ya está más animoso”

El equipo de trabajo menciona que le gustaría recibir reconocimiento del trabajo por parte de las autoridades institucionales, tal como lo menciona el actor AM2.

AM2: “Espero que un día los directivos vean.”

A pesar de las áreas de mejora encontradas los integrantes del equipo de salud sienten satisfacción por el trabajo realizado, así como por la consolidación del equipo multidisciplinario, al respecto los actores AM4 y AM1 refieren lo siguiente.

AM4: “He tenido la fortuna y no me van a dejar mentir mis compañeras que han estado muy agradecidos que también por la nutrición han salido los pacientes adelante, entonces este... para mi es una satisfacción muy grande verdad”

AM1: “las 3 estamos ahí, viendo todo, aunque yo tenga mi rol, aunque ella tenga lo suyo y aunque ella tenga los suyos, las 3 nos involucramos; y ya de ahí pues partimos y hacemos cada quien lo que tiene que hacer”.

Los actores identifican claramente que existen áreas de mejora que de ser subsanadas permitirían una mejor atención al usuario en el domicilio, tal como lo refiere el actor AM4.

AM4: “ese es el problema que se tiene ahorita con los equipos del ADEC que no estamos totalmente completos ninguno de los 3

hospitales que lo tienen el único que se puede decir que está más completo es el de nosotros, pero por ejemplo en mi caso que es nada más nutrición nada más salgo una vez a la semana con ellos, entonces pues sí, se alarga a lo mejor se prologa el hecho que se de alta al paciente porque lo vengo viendo una vez al mes o cada dos meses dependiendo que tan mal o que tan grave este la desnutrición del paciente porque generalmente todo el paciente que nos ingresa al ADEC ya nos entra con desnutrición.”

8.3 Fase 3: Resultados CAN-MEX

Para una mayor comprensión de los resultados, con el fin de utilizarlos para el desarrollo del proyecto fue necesario integrar la información de las fases 1 y 2.

Para lo cual se presentan de la siguiente manera.

Cuadro 4

“Integración del programa al sistema público de salud”

Fase1-CANADÁ.	Fase 2-MÉXICO
Implementación del cuidado domiciliario desde hace 30 años	<p>No se encontró información al respecto para el caso de México, siendo esto una de las justificaciones para llevar a cabo este estudio.</p> <p>A pesar de que el programa no es nuevo en el país, presenta serios problemas de organización, mencionado en los siguientes apartados, debido a no contar con manuales y reglamentación que avale la permanencia del programa y el funcionamiento del mismo.</p>
<p>Establecen un perfil poblacional, con el fin de tener un diagnóstico de las necesidades reales del área.</p> <p>Esto en base a estrato de edad población, demografía, de acuerdo a los parámetros sociales, desvalorización material y social</p>	
<p>Existe una persona encargada específicamente de conocer bien las necesidades e identificar los servicios y la atención que deben ser distribuidos a las personas mayores que permanecen en su domicilio.</p>	
<p>El equipo multidisciplinario se encarga de brindar atención a las personas que tienen pérdida de la autonomía, teniendo como fin, que las personas permanezcan el mayor tiempo posible en casa y no en un hospital o asilo.</p>	
<p>El equipo multidisciplinario está</p>	

integrado por trabajador social, enfermera, enfermera auxiliar, ergo terapeuta, fisioterapeuta y los cuidadores o ayudantes a domicilio	
---	--

Cuadro 5

“Organización institucional para la prestación del servicio”

Fase1-CANADÁ.	Fase 2-MÉXICO
La institución busca que los adultos mayores sean autónomos para su cuidado y en sus actividades de la vida diaria. Esto siempre tomando en cuenta el trabajo del equipo de salud, del paciente, su familia y la comunidad.	EL actor AM1 deja en claro que el programa es únicamente de educación para la salud, no asistencial, <i>“aquí se les capacita los familiares que van a hacerse cargo del paciente”</i> .
AC1“El cuidado domiciliario es un servicio dentro del CSSS... dentro de nuestra repartición de servicios, ofertas y presupuesto. La dirección SAPA es una parte importante en la oferta de servicios... y es complementario a otros servicios dentro de la organización”	El actor AM1 menciona, <i>“es que no le han dado la importancia que tiene el programa”</i> , refiriéndose a la dirección de la institución en la cual opera el programa.
Existe una persona encargada de vigilar la calidad y seguridad en la atención de cuidado domiciliario, quien también es la encargada de adecuar el presupuesto para que los servicios puedan ser prestados adecuadamente.	En México no existe esta figura, el programa depende de la dirección de medicina familiar, y todas sus actividades e insumos se manejan en conjunto con el área de medicina familiar de la clínica a la que pertenece

	el equipo.
Para mejorar las actividades el programa se desarrolla con presencia de consejeros de dos direcciones, SAPA y enfermería. Ambas direcciones son las encargadas de velar por el adecuado funcionamiento, y otorgar las facilidades para la implementación de las actividades así como para la vigilancia del mismo	El programa depende de la dirección de medicina familiar, la cual se encarga de la consulta externa y la atención de los pacientes ambulatorios y en domicilio.
Es responsabilidad de estas direcciones, realizar periódicamente el diagnóstico de necesidades del programa y de la población, para poder hacer adecuaciones al mismo, con el fin de que las actividades que se realicen correspondan a lo que el paciente necesita, pero también la institución, el ministerio de salud y las profesiones involucradas	El plan de trabajo de cada dirección y programa dentro del instituto se establece dentro del eje rector del mismo, es decir, el establecimiento de prioridades se basa en las observaciones que se realizan de manera global a nivel nacional y regional del instituto.
Las metas se establecen desde el ministerio de salud, para el programa en general. Las metas específicas para cada paciente se establecen en conjunto entre el equipo de salud, la familia y el mismo, se disponen en el expediente del paciente y se establecen los tiempos para hacer las evaluaciones.	El establecimiento de las metas es congruente con el objetivo planteado de que el paciente y la familia sean los proveedores del cuidado, mientras que el equipo de salud solo será el facilitador de la información que sirva como guía de las actividades dentro del hogar. Solo se busca el aprendizaje y adopción de conductas

	generadoras de salud.
--	-----------------------

Cuadro 6

“Organización de trabajo: Métodos y procedimientos”

Fase1-CANADÁ.	Fase 2-MÉXICO
Existen dos tipos de oferta de cuidado domiciliario. A corto plazo y a largo plazo.	El actor AM1 menciona <i>“Hay un documento que dice de 3 a 4 meses pero no es cierto, esto nada más queda en papel, ellos firman de enterados, por lo regular el programa dura 6 meses”</i> . Esto indica de manera clara que el programa necesita de manera urgente un análisis profundo que permita la sistematización de las actividades para garantizar la coordinación del trabajo.
La metodología de trabajo va encaminada hacia la interdisciplinariedad permitiendo a todos los involucrados formar parte de la toma de decisiones la cual se hace de manera consensuada, estando todos en la misma mesa de trabajo.	El equipo de trabajo está conformado por un equipo multidisciplinario, que trabajan bajo esta misma metodología. Aunque el plan de intervención educativa se realiza en conjunto, cada integrante del equipo tiene su rol bien definido por lo que sus actividades son encaminadas a brindar específica según el perfil de cada profesional.
La confianza entre los involucrados permite trabajar en un ambiente de confianza y respeto, entre los	El plan de intervención con el paciente se hace de manera colegiada entre los profesionales de la salud, hacen un

integrantes del equipo de salud, y con los pacientes y sus cuidadores.	análisis de necesidades de los pacientes para adecuar sus actividades educativas a los requerimientos del paciente.
Los integrantes del equipo de trabajo manifiestan tener amplia experiencia profesional, lo cual permite que puedan ser tomadores de decisiones de manera racional, objetiva y basada en una práctica reflexiva que permita el mejoramiento continuo dentro del hogar. Recobrando importancia en el sitio de trabajo ya que al encontrarse solos en el domicilio del paciente, serán ellos quien hagan una evaluación y resolución de necesidades apremiantes durante su visita.	Los integrantes del equipo de trabajo son rolados entre los diferentes servicios del hospital. Y algunos de ellos solo son personal de apoyo al programa, su lugar de trabajo fijo es intra hospitalario.
Cuentan con profesionales de perfil multicultural lo cual permite atender a la población de la región con las mismas características.	Durante el trabajo con el grupo focal no refieren información al respecto y tampoco se encontró evidencia documental al respecto

Cuadro 7

“Funcionamiento operativo”

Fase1-CANADÁ.	Fase 2-MÉXICO
AC2: “Tengo la responsabilidad de atraer a los adultos mayores al desarrollo de nuestra oferta de	No mencionan la existencia de una figura específica para esta tarea, el equipo espera la llegada de los

servicio, adaptándolos a las personas mayores”	pacientes a destajo. Referidos por otros profesionales.
Un paciente puede ingresar por medio de referencia; de su médico de familia, de un médico especialista a su egreso hospitalario, de otra unidad hospitalaria o centro fuera del territorio; o por medio de la comunidad, familia o el mismo paciente que lo solicita ante un centro de salud.	La puerta de entrada al programa, siempre es por medio de la referencia dentro de la misma institución, ya sea del médico familiar o del especialista.
Una vez recibida la solicitud de atención se debe realizar un expediente del paciente y se le asigna un profesional pivote. Quien es el encargado de hacer la evaluación del caso para determinar el tipo y tiempo de atención que deberán recibir los pacientes.	La evaluación del paciente al ingreso del programa la realiza el médico, sin embargo, si existe integración de toda la información recabada por el equipo multidisciplinario que permite que al paciente se le enseñe sobre métodos de cuidado de manera holística.
La evaluación consiste en una recolección de datos, físicos, sociales y mentales del paciente, proporciona una imagen global incluyendo aspectos de la vida diaria y doméstico.	En México la evaluación se realiza siguiendo los métodos de trabajo definidos en campo por los integrantes del equipo de trabajo. En algunos casos estandarizados por el mismo profesional de la salud, y en otros siguiendo los lineamientos establecidos para todos los pacientes, sea cual sea el contexto en el que se encuentren
Cuentan con herramientas	Las herramientas se establecen en

<p>preestablecidas para la evaluación de necesidades del paciente llamada OEMC, que en formato electrónico se conoce como RISPA</p>	<p>campo. Por ejemplo, en enfermería son los PLACE'S. En medicina la historia clínica general, en trabajo social, el estudio socioeconómico.</p>
<p>El modelo conceptual en el cual se basan para guiar todo el plan terapéutico, es el modelo de enfermería McGill.</p>	<p>No mencionan modelo operacional, no lo identifican.</p>
<p>El modelo McGill permite a los integrantes del equipo sanitario, a los pacientes y a la familia ser partícipes activos en la toma de decisiones, establecimiento de objetivos y metas.</p>	
<p>AC3: "Los servicios de cuidado a domiciliario, las rutas, comienzan a las 6am, durante 22 horas, todas las semanas, 7 días por semana."</p>	<p>Los servicios son visitas programadas, en el caso de este equipo de trabajo la ruta es solo de lunes a viernes, en el turno matutino.</p>
<p>La atención programada se brinda de lunes a viernes en turno matutino, para el personal profesional. El personal no profesional (Auxiliares familiares) es matutino y vespertino.</p>	<p>La atención se brinda de lunes a viernes en turno matutino. Y únicamente es atención programada. No se atienden urgencias.</p>
<p>El personal profesional de enfermería del turno vespertino, atiende pendientes específicos delegados por la enfermera tratante del caso, como lo son curaciones que deben hacerse por la tarde únicamente, o que bajo</p>	<p>No existe esta figura en el esquema mexicano.</p>

<p>prescripción tiene que realizarse algún tipo de cuidado profesional en su turno. También es la encargada de atender las urgencias.</p> <p>También es el encargado de atender al llamado del personal auxiliar en caso de que se presente alguna eventualidad.</p>	
<p>Los fines de semana se establecen un rol de guardias, las cuales consisten en las actividades similares al turno vespertino, tomando en cuenta que hay cuidados que deben realizarse diariamente.</p>	<p>No existe esta figura en el esquema mexicano.</p>
<p>Los roles y funciones permiten la organización al interior del equipo interdisciplinario permitiendo la distribución de las tareas de una manera organizada</p>	<p>Los roles y funciones dependen directamente del perfil profesional de cada actor, atendiendo a las actividades enmarcadas en el profesiograma institucional, dependiendo para su ejercicio directamente de la dirección de la que cada uno se desprende, es decir, enfermera de la dirección de enfermería; médico de la dirección médica; y así sucesivamente.</p>
<p>El rol de la alta dirección es asegurar que la oferta de servicio llegue a aquellos pacientes atendidos dentro de</p>	<p>No se encontró información al respecto para el caso de México, no se tuvo acceso a los niveles directivos para su</p>

<p>su domicilio, vigilar la seguridad del paciente y evaluar que el programa trabaje con los estándares de calidad ideal para el logro de los objetivos. Adecuar el presupuesto para el programa.</p>	<p>participación en el estudio.</p> <p>Tampoco se encontró evidencia documental que integre las responsabilidades de esta figura e incluso tampoco fue claro para el investigador y los informantes, de qué nivel gerencial o nivel de atención sanitaria depende el funcionamiento del programa.</p> <p>En la parte operativa parece depender del 1er nivel de atención, aunque los recursos materiales dependen de la administración de insumos del 2do nivel de atención.</p>
<p>El jefe de programa debe asegurar que los equipos de salud estén integrados adecuadamente, vigilar que los planes de intervención se lleven a cabo conforme lo acordado, guiar las actividades de los profesionales, asegurar el adecuado manejo del presupuesto de cada equipo de salud.</p>	<p>No existe esta figura en el caso de México.</p>
<p>El asistente del superior inmediato es el encargado de recibir la solicitud de servicio, hacer la distribución de los casos entre los equipos de intervinientes, ser la figura de conexión entre la jefatura y el equipo operativo, vigilar que los objetivos, metas y</p>	<p>No existe esta figura en el caso de México.</p>

<p>políticas se cumplan.</p>	
<p>La figura pivote, que es un profesional de enfermería o trabajo social encargado de hacer la evaluación inicial del paciente y establecer en que momento y que intervinientes serán los encargados del caso.</p>	<p>No existe esta figura en el caso de México.</p> <p>El líder del equipo es el médico del programa, sin embargo no hace una evaluación global del caso, solo realiza valoración médica general y espera a que cada uno de los profesionales del resto del equipo realice su labor.</p>
<p>Enfermera universitaria, este profesional es en su mayoría la figura líder del equipo de salud, es la encargada de guiar al equipo multidisciplinario primero, para realizar el plan terapéutico de intervención (PTI) el cual sirve para determinar las actividades que se llevaran a cabo con el paciente. Es también la encargada de supervisar al resto del personal dentro del equipo así como el estado de salud del paciente.</p> <p>Tiene actividades de gestoría, ya que puede solicitar interconsultas, al médico de familia o a cualquier otro profesional que requiera intervenir en el caso.</p> <p>En su rol asistencial, tiene las actividades de valoración y cuidados</p>	<p>El profesional homologado es la Licenciada en Enfermería. Su función es de valoración de enfermería y establecimiento del plan de atención de enfermería. Sus actividades son educativas y aunque por su nivel de estudios se le permite tener autonomía para realizar acciones de mayor complejidad, su rol queda coartado por las características del propio programa.</p>

de alta complejidad.	
<p>Enfermera/o auxiliar, tiene un rol asistencial, es la encargada de administrar los cuidados médicos profesionales de mediana y baja complejidad, siempre apoyada y supervisada por la enfermera universitaria. En algunos casos junto con la auxiliar de servicios sociales y de salud, es la que tiene visitas con mayor continuidad a los pacientes.</p>	<p>No existe esta figura en el caso de México.</p> <p>Sin embargo, el rol de la enfermera licenciada puede ser realizado por un profesional con este perfil, depende de la distribución de recursos humanos dentro de la institución.</p>
<p>Trabajadora social, en algunos casos, es la figura pivote del equipo, siempre apoyada de la enfermera universitaria. Dentro de su rol como profesional, es la encargada de reforzar la evaluación inicial, básicamente las determinantes sociales y familiares del paciente.</p> <p>Es la figura que sirve de enlace entre el paciente y su hogar, con los servicios comunitarios.</p>	<p>Es la figura encargada de realizar el estudio socio-económico del paciente y su familia, es la persona encargada de intervenir en casos de abandono o dilución de lazos familiares. Trabaja para garantizar la participación familiar.</p>
<p>Técnico en trabajo social, es quien realiza las actividades auxiliares de la trabajadora social.</p>	<p>No existe esta figura en el caso de México.</p>
<p>Ergoterapeuta, es la persona encargada de hacer la evolución de las condiciones de la vivienda donde se atenderá a los pacientes. Es también</p>	<p>No existe esta figura dentro del programa para el caso de México.</p>

<p>la persona encargada de vigilar las condiciones de movilidad dentro del hogar de los usuarios, para sus actividades de la vida diaria como por ejemplo, el baño.</p>	
<p>Fisioterapeuta. Figura encargada de preservar la máxima funcionalidad y movilidad del individuo.</p>	<p>No existe esta figura dentro del programa en el caso de México.</p>
<p>Auxiliar de servicios sociales y de salud (ASSS). Es la figura que tiene la mayor responsabilidad de los cuidados de baja complejidad. Es la persona encargada de ser el asistente del paciente, es decir, de ella depende para hacer sus actividades de la vida diaria, como bañarse o comer, pero también en algunos casos y con previa valoración y autorización de la enfermera universitaria y el jefe de programa, puede administrar medicación prescrita, como por ejemplo anti hipertensivos a pacientes con demencia senil que olvidan tomárselos y necesitan que alguien esté presente para facilitarles la administración.</p>	<p>No existe esta figura en el caso de México.</p> <p>Las actividades que realiza este integrante del equipo, se le transfieren al cuidador principal del paciente.</p>
<p>Paciente y familia, de ellos depende que la consecución en el cuidado no se pierda, se les dan tareas</p>	<p>El grado de participación familiar está determinado por las necesidades del paciente y explícito en los objetivos del</p>

específicas enmarcadas en el plan de intervención, por ejemplo ser partícipes en los cuidados sobre alimentación, administración de medicación prescrita, movilidad, higiene y confort.	programa, ya que el equipo de trabajo plantea claramente que el PADEC es un programa de capacitación y no asistencial, como lo menciona el actor AM1. <i>“Aquí se les capacita a los familiares que van a hacerse cargo del paciente”</i>
---	---

Cuadro 8

“Evaluación del trabajo”

Fase1-CANADÁ.	Fase 2-MÉXICO
La eficacia del programa se refleja en 2 condiciones principalmente, la primera en el mantenimiento en el hogar y la segunda en la mejora de las condiciones de vida de la población de responsabilidad	La eficacia del programa se refleja en la mejora de las condiciones de vida de la población de responsabilidad independientemente de los métodos oficiales para la evaluación del trabajo.
Una manera garantizar la continuidad del servicio es un número telefónico o por el nombre de la línea de ayuda que permite a los pacientes, solicitar la atención en cuanto se requiera. Es el mecanismo de ayuda en caso de haber alguna eventualidad, fuera de la programación.	No existe esta estrategia en el caso de México.
El auto-reconocimiento del trabajo realizado es parte importante dentro de la organización, como lo dice el actor	Existe reconocimiento al trabajo del otro para lograr la integración como equipo. Como lo menciona el actor AM3, <i>“todos trabajamos mucho y para</i>

<p>AC12 “somos capaces de satisfacer las necesidades en el cliente vulnerable con salud precaria, cuando la familia está lejos, no muchos familiares tienen los recursos, me parece que un punto fuerte, es romper el aislamiento cuando la persona mayor está demasiado solitaria en casa”</p>	<p><i>lograr un impacto tenemos que trabajar, todos, la doctora, la enfermera, la nutrióloga... con una sola persona no vamos a trabajar”.</i></p>
<p>Cada profesional debe actuar bajo las capacidades y normativas de su profesión, sin embargo, debe ser preciso reconocer que el trabajo que se realiza no solo compete a una persona, ya que para alcanzar el éxito se necesita un trabajo colaborativo que solo se puede lograr mediante la consolidación del equipo de trabajo.</p>	<p>Identifican claramente que son parte importante del programa con los roles y funciones específicos para su disciplina lo cual favorece el funcionamiento del programa como lo menciona el actor AM1: <i>“las 3 estamos ahí, viendo todo, aunque yo tenga mi rol, aunque ella tenga lo suyo y aunque ella tenga los suyos, las 3 nos involucramos; y ya de ahí pues partimos y hacemos cada quien lo que tiene que hacer”.</i></p>
<p>El compromiso forma parte del trabajo diario del personal de cuidado a domicilio, ya que al estar dentro de la esfera del hogar el profesional pasa a ser parte activa de sus relaciones sociales, como prestador de servicio</p>	<p>Existe relación de confianza y seguridad con las medidas ofrecidas por el equipo multidisciplinario.</p>

<p>pero también como la persona con quien habitualmente convive el paciente y la familia</p>	
<p>Para considerar que una acción, programa o política es satisfactoria, debe ser evaluada de manera interna y externa. De manera interna esta evaluación consiste en estudios de casos y en informes de productividad e integración de registros de atención.</p>	<p>La medida de evaluación del trabajo tiene que ver con la eficiencia, en la relación entre los recursos utilizados en el programa y los logros conseguidos con el mismo, en este caso los logros tienen que ver con la cantidad de pacientes internados por exacerbación de problemas y los transferidos, es decir, con el número de pacientes con pérdida de la autonomía que son capaces de moverse con medidas de asistencia.</p>
<p>De forma externa tiene que ver con la satisfacción de los usuarios al recibir cuidado en casa, la cual para este estudio en ningún caso se pudo observar la incomodidad que pudiera surgir al dejar entrar a personas extrañas al domicilio, o que algún paciente se sintiera amenazado al tener constantemente a algún integrante del equipo de salud.</p>	<p>En el caso de México no se recolectó información de los pacientes, sin embargo los actores mencionan que pueden observar que los pacientes se encuentran satisfechos por el trabajo del equipo de salud.</p> <p><i>AM4: “He tenido la fortuna y no me van a dejar mentir mis compañeras que han estado muy agradecidos [los pacientes]”</i></p>
<p>Los pacientes identifican cuáles serían las complicaciones de no ser usuarios del programa de cuidado domiciliario.</p>	<p>En el caso de México no se recolectó información de los pacientes y no se encontró evidencia documental al</p>

<p>Se sabe que el apego al tratamiento algunas veces se ve deteriorado o inexistente, esto debido a que en su mayoría, los adultos mayores necesitan a una tercera persona para que les recuerde como hay que seguirlo, o simplemente para que sea quien les acompañe a las consultas de seguimiento</p>	<p>respecto.</p>
<p>Los actores mencionan que es necesario hacer énfasis para poder consolidar el trabajo interdisciplinario ya que es necesario que todos los profesionales de la salud trabajen bajo este esquema ya que el paciente debe tratarse como una entidad holística, con factores intrínsecos y extrínsecos que afectan directamente en su estado de salud.</p>	<p>Los actores identifican claramente que existen áreas de mejora que de ser subsanadas permitirían una mejor atención al usuario en el domicilio, tal como lo refiere el actor AM4.</p> <p><i>AM4: “ese es el problema que se tiene ahorita con los equipos del ADEC que no estamos totalmente completos ninguno de los 3 hospitales que lo tienen el único que se puede decir que está más completo es el de nosotros”</i></p>
<p>No se encontró información al respecto para el caso de Canadá.</p>	<p>El equipo de trabajo menciona que le gustaría recibir reconocimiento del trabajo por parte de las autoridades institucionales.</p>

IX. DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo ha sido examinar la disponibilidad y el acceso a la atención domiciliaria desde la perspectiva de los sujetos que viven los programas de cuidado en casa existentes en México y Canadá. Para tener una visión global fue necesario hacer un acercamiento al campo centrado en la mirada de estructura y funcionamiento de los programas.

La integración de un programa al sistema de salud debe estar dada en base a las condiciones en que dicho sistema opera. El estudio muestra que es necesario hacer un diagnóstico previo para adecuarse a la demanda de la población. Esto resulta congruente con lo que concluye COEVAL, en su programa de evaluación de desempeño de programas federales¹⁰⁴, el éxito de un programa consiste en responder a las demandas reales de la población a quien va dirigido.

Durante la fase uno de este estudio se reveló la importancia de crear una red dentro del equipo de salud que permita visualizar al programa desde una perspectiva global del mismo, formando un solo equipo con integrantes de la alta dirección, mandos medios y personal operativo, con roles activos dentro del programa. Para así, tal como lo menciona la OMS¹⁰⁵ desarrollar un programa en forma conjunta acorde a la realidad del paciente, la sociedad, el personal sanitario y el sistema de salud.

En ambos casos los programas de salud se determinan por el tipo de población a quien va dirigida, este estudio refleja la importancia que tiene la detección de necesidades prioritarias que tiene la población a quienes se les oferta el cuidado, Quintanilla (Citado por Díaz de León)¹⁰⁶ menciona que la integridad de éstos, así como la coordinación entre los diversos componentes del equipo incluyendo la comunidad, son indispensables para el desarrollo eficaz de la atención domiciliaria.

Trejo¹⁰⁷ menciona que existen dos supuestos para implementar un programa de cuidado en domicilio; el primero es que es menos costoso, el segundo es que es la preferencia de los pacientes. En ambos casos el objetivo tiene que ser el mismo,

la permanencia en casa el mayor tiempo posible, y el mantenimiento o mejora de la calidad de vida de los adultos mayores. Lo cual resulta congruente con los datos recolectados en ambas fases, siendo la primera en donde el personal y los pacientes lo identifican claramente.

Una de las fortalezas encontradas en la fase uno fue la participación del Ministerio de salud y servicios sociales de Quebec, creado como se conoce ahora, en 1971 tras la aprobación de la ley sobre los servicios de salud y servicios sociales por la Asamblea Nacional de Quebec¹⁰⁸. Atendiendo a los principios de la Conferencia internacional de atención domiciliaria en Lombardía que en el segundo punto establece que debe existir esa coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.

Esta fusión de los servicios sociales y de salud, permite integrar todas las necesidades del paciente que lo condicionan para ser susceptible a presentar enfermedades crónicas o la exacerbación de las ya existentes. De igual forma plantea la unión de recursos entre los diferentes sectores evitando la subutilización de éstos, Díaz de León¹⁰⁹ afirma que al coordinar las instancias para trabajar en conjunto con un enfoque preventivo es posible mantener la capacidad funcional y la calidad de vida.

Queda claro que para que se pueda prestar cuidado a domicilio es necesario establecer un equipo de trabajo multidisciplinario^{10,18,65}, que encamine sus acciones hacia la interdisciplinariedad a fin de crear un plan de intervención acorde a la realidad del enfermo, sin seccionarlo, evitando con esto la duplicidad y omisión de las acciones.

Si bien es cierto que los pacientes crónicos son cuidados en casa por familiares o ellos mismos, es necesario la vigilancia de sus acciones, Delicado et.Al¹⁰⁹ plantean un entorno ideal en el que exista acompañamiento a los cuidadores a fin de lograr que el cuidado sea efectivo.

Se pudo observar que la integración del equipo de salud permite un trabajo detallado con mayor capacidad resolutive, al respecto Ortega et.Al¹¹⁰ comentan

que un equipo de trabajo permite a actores de diferentes disciplinas lograr un objetivo en común, en donde cada uno tendrá objetivos específicos de acuerdo a su nivel de conocimientos, competencias y habilidades que se coordinaran para promover la atención medica de manera integral.

En estos casos de estudio la atención integral, va encaminada a lograr la autonomía del paciente, independientemente de los modelos de acción, ya que la autonomía permite al paciente tener capacidad de decisión y acción sobre su vida, salud y cuidados terapéuticos. Saliba et.al (citado por Díaz de León)¹⁰⁹, coincide con esta premisa cuando habla de favorecer en el anciano la capacidad funcional, entendiendo éstas como *“la aptitud para ejecutar eficientemente las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria”*.

La forma de lograr el objetivo, por lo que se pudo observar y analizar no está ligada a una manera específica de acción, ya que por ejemplo, en el caso uno se busca el logro de la autonomía mediante la atención asistencial y docente buscando la permanencia el mayor tiempo posible en el domicilio, mientras que en el segundo caso esta búsqueda corresponde a actividades educativas, sin tomar en cuenta la importancia de la estancia prolongada en el hogar.

Se debe hacer énfasis en que la autonomía que se plantea está limitada a la dependencia; concordando con Don Juan¹¹¹ que para lograr la autonomía se debe partir de una medición de la funcionalidad, para que así podamos definir los objetivos, tratamiento, rehabilitación y principios bajo los cuales se mantendrá al paciente en domicilio, así como definir qué actividades son las que para él, dentro de sus limitaciones serán consideradas como autocuidado.

La conformación de un plan de trabajo conlleva un proceso sistematizado, que permite a quien lo plantea y ejecuta una organización de todas las actividades. Sergio Martinic, (Citado por Ocampo)⁸⁹, hace énfasis en que para lograr la sistematización se necesita hacer una reflexión profunda y dinámica de los datos existentes y de las expectativas, que lograra hacer un planteamiento acorde con la realidad de una manera organizada.

De esa misma sistematización depende también la satisfacción del usuario es parte importante de la evaluación, ya que permite identificar dentro del contexto en que se implementan las acciones el impacto que se tiene al realizarlas. Este estudio reveló de manera directa e indirecta el sentir de los usuarios, su perspectiva del programa.

Se debe tomar en cuenta que para el paciente adulto mayor, los valores y la calidez con la que se presta el servicio son más importantes ya que, como lo mencionan Pino, Ricoy y Portela el anciano presenta mayor carencia afectiva y demanda más apoyo social.

X. CONCLUSIÓN

El objetivo principal es realizar una propuesta práctica que permita la sistematización del cuidado, para lo cual fue necesario realizar un benchmarking entre ambos programas con el fin de desarrollar una propuesta sistematizada de cuidado domiciliario. Tomando en cuenta todos los recursos disponibles existentes.

En este estudio, como en similares^{112, 113}, se hizo evidente la inequidad existente entre los recursos con que cuenta cada programa, aunque en ambos casos se encuentran inmersos en el sistema público, y se presentan como respuesta a la alta demanda de la población, para el caso de México no se pudo garantizar la eficacia de las acciones.

En ambos casos logran poner a disposición una serie de servicios gratuitos^{114,115} para grupos específicos de población, en el caso de Quebec, estos servicios son llevados hasta el domicilio del paciente. En el caso de México, el programa no supe ningún servicio al que el paciente tenga que acudir de manera presencial, como a sus consultas de seguimiento con el médico especialista.

En los dos escenarios se tiene clara la misión del programa, en el caso de la fase uno es que el hogar siempre debe ser la primera opción a considerar por todos los involucrados en el cuidado¹⁸, en el caso de la fase dos, tienen como misión educar al cuidador y paciente para que posterior a la estancia dentro del programa tengan las habilidades para poder seguir solos en casa.

Es pertinente tomar el punto de vista, las necesidades y expectativas del cuidador, ya que esta figura es, en la mayoría de los casos en quien recae la mayor carga de trabajo cuando se tiene un enfermo en casa¹¹⁶. Y esto también está dado por como lo mencionan Bover y Gastaldo, la presencia de un cuidador familiar está ligado a las expectativas que se tienen dentro del seno familiar, determinados por el contexto social, cultural y económico.

El cuidador familiar es reconocido como cliente con necesidades específicas¹¹⁷. Por lo que resulta necesario establecer claramente el nivel de responsabilidad que tiene dentro del cuidado de una persona de edad avanzada con enfermedades crónicas. El gobierno de Quebec ha establecido claramente el nivel de corresponsabilidad del estado, la familia y el paciente.

Otro aspecto relevante en el estudio, fue el reconocimiento a la figura del auxiliar de servicios sociales, siendo aquella persona no profesional, que es parte del equipo de salud cuya presencia se justifica, ya que es la encargada de apoyar en las actividades de la vida diaria¹¹⁸.

La información recolectada enfatiza que la intervención de un equipo de salud en el hogar no solo significa la prestación de servicios¹⁸, sino el apoyo en diversas actividades tomando en cuenta el contexto, los requerimientos y gustos del paciente y la familia.

En Quebec la política de cuidado domiciliario adopta tres perspectivas que guían las acciones: las expectativas, necesidades de los individuos y la población¹⁸. Éstas revelan la naturaleza y el alcance de los desafíos que plantea el cuidado de los adultos mayores en su domicilio.

XI. PRESUPUESTO

CONCEPTO	COSTO	PROVEEDOR	OBSERVACIONES
Gastos de visa	C\$1,100	Consulado Canadá en Ciudad de México Pagado por el alumno	El precio depende del tipo de cambio al día del trámite, el pago se realizó en dos ocasiones ya que se negó la visa en la primer solicitud
Trámite pasaporte	\$500	Secretaria de Relaciones Exteriores (SER) Pagado por el alumno	vigencia pasaporte 1 año
Transporte local (vehículo propio)	\$9,600	Gasolinera local	Costo variable según los aumentos mensuales en la gasolina, tiempo contemplado: 2 años
Avión Cd. De SLP-Quebec, Quebec-Cd de México	\$20,248.49	Programa integral de fortalecimiento institucional (PIFI) Alumno	costo total
Hospedaje en Quebec	\$15,000	Programa integral de fortalecimiento institucional (PIFI)	Tiempo contemplado: 1 mes
Alimentación, transporte local en Quebec	C\$2,500	Consejo nacional de ciencia y tecnología (CONACyT) Alumno	Tiempo contemplado: 1 mes
Transcripciones en francés	C\$300	Alumno	16 horas
Asesorías de tesis	\$2,400	Skype	Duración de la asesoría: 2 años
Copias	\$4,800	Ducopy	Tiempo contemplado 2 años

Hojas	\$1,200	Ducopy	Tiempo contemplado 2 años
Tóner	\$4,900	Ducopy	Rendimiento tóner 2000 impresiones
Impresión y encuadernado de tesis	\$2,276	Sistema Grafico	Costo valido por 100 hojas por los dos lados, en blanco y negro y encuadernación, el costo variara dependiendo la cantidad de hojas y el diseño de portada que se elija
TOTAL	MXN 60,924.49 C\$3,900.00	Varios	N.A

Nota:	los costos de transporte terrestre, visa, pasaporte, gasolina varían según lo indican las observaciones
-------	---

XII. CRONOGRAMA

DIAGRAMA DE GANTT

No.	ACTIVIDAD	2013																2014																			
		SEPT'				OCT				NOV				DIC				ENE				FEB				MAR				ABR				MAY			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Selección del Tema	■	■	■	■																																
2	Revisión de Bibliografía	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3	Desarrollar proyecto de cooperación con Quebec					■	■	■	■																												
4	Establecimiento de contactos en Quebec y Co-dirección de Tesis									■	■	■	■																								
5	Desarrollar el protocolo de tesis													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

No.	ACTIVIDAD	2014																											
		JUN				JUL				AGO				SEPT				OCT				NOV				DIC			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2	Revisión de Bibliografía																												
5	Desarrollar el protocolo de tesis																												
6	Entrega de protocolo al comité de posgrado																												
7	Evaluación por el comité de ética de la UASLP																												
8	Evaluación por el comité de ética del Instituto Mexicano del Seguro Social.																												
9	Seleccionar los candidatos para la primera fase del estudio																												
10	Recolección de los datos de la fase 1 del estudio																												
11	Análisis preliminar de los datos de la fase 1																												
12	Seleccionar los candidatos para la segunda fase del estudio																												
13	Recolección de los datos de la fase 2 del estudio																												
14	Análisis preliminar de los datos de la fase 2																												
15	Análisis de datos de la fase 1																												

No.	ACTIVIDAD	2015																															
		ENE				FEB				MAR				ABR				MAY				JUN				JUL				AGO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2	Revisión de Bibliografía																																
16	Análisis de datos de la fase 2																																
17	Análisis de datos en conjunto de las fases 1 y 2																																
18	Diseño de la propuesta de Sistematización																																
19	Diseño del modelo de evaluación de la propuesta de Sistematización																																
20	Entregar para evaluación al comité de la MAAE																																
21	Corrección de observaciones																																
22	Conclusiones																																
23	Impresión del documento final																																
24	Revisión general																																
25	Defensa de la tesis																																

XIII. BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Organización mundial de la salud; Temas de salud: Envejecimiento [sede web]. OMS 2014.[acceso 24 sept 2012]. [1 pantalla] Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- ² Campaña de la OMS por un envejecimiento activo: Manual del Abrazo Mundial http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf
- ³ Department of Health & Human Services [Sede web]. Administration on aging Washinton, D.C. 2001 [fecha de actualización: 9/4/2014; fecha de acceso 24/09/14]. [1 pantalla]: Disponible en: http://www.aoa.gov/Aging_Statistics/Census_Population/census2010/Index.aspx
- ⁴ Employment and Social Development Canada [Sede Web]. Human Resources and Skills Development Canada [Date Modified: 2014-10-02]. [Fecha de última consulta 24-09-2014]. Disponible en: <http://www4.hrsdc.gc.ca/.3ndic.1t.4r@-eng.jsp?iid=33>
- ⁵ Secretaria de Gobernación [Sede Web]. Consejo Nacional de Población; 2014 [Última modificación: viernes 25 de abril de 2014]. [Fecha de última consulta 29-09-2014] [2 pantalla] Disponible: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- ⁶ A. J. Yarnall, L Hayes, G. C. Hawthorne, C. A. Candlish, T. J. Aspray Diabetes in care homes: current care standards and residents' experience; *Diabetic Medicine* [Article online] January 2012. [Fecha de última consulta 29-09-14] Volumen 29, Issue 1, [pages 132–135] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-5491.2011.03393.x/full>
- ⁷ Fulop T., Larbi A., Witkowski J. M., McElhaney J., Loeb M., Mitnitski A., et al; Aging, frailty and age-related diseases. *Biogerontology* [Article online]. Oct 2010.[Fecha de última consulta 29-09-14] 11(5) [547–563]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20559726>
- ⁸ Renata M Sousa, Cleusa P Ferri, Daisy Acosta, Emiliano Albanese, Mariella Guerra, Yueqin Huang, et al; Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey; *The Lancet* [Article on line] November 2009. [Fecha de última consulta: 29-09-14]. Volume 374, Issue 9704, 28, [Pages 1821–1830] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2854331/>
- ⁹ U.-M. Vischera,*, B. Bauduceaub, I. Bourdel-Marchassonc, J.-F. Blickeled, T. Constans e, A. Fagot-Campagna, et al; A call to incorporate the prevention and treatment of geriatric disorders in the management of diabetes in the elderly; *Diabetes & Metabolism* [Article online]. June 2009 [Fecha de última consulta 29-09-14] Volume 35. Issue 3. [pages 168–177]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1262363609000500#>
- ¹⁰ John P. Ansah, David B. Matchar, Sean R. Love, Rahul Malhotra, Young Kyung Do, Angelique Chan, et al; Simulating the Impact of Long-Term Care Policy on Family Eldercare Hours; *Health Services Research* [Article on line] April 2013 [Fecha de última consulta abril 2014]. Volume 48, Issue 2pt2 [pages 773-791]; Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6773.12030/pdf>

-
- ¹¹ Nayen Fernandez E, Pareda Torales L, Sabido Siglher C, Blanco Cornejo A, Soler Huerta E, Márquez Celedonio FG, et al. Instrumento para medir aptitud clínica del interno de pregrado en atención domiciliaria del diabético con complicaciones crónicas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2009; 47 (5): 523-529
- ¹² Instituto Mexicano del Seguro Social. Trae al médico a tu casa con la solicitud de atención domiciliaria [Sede web] 2014. Acceso 09 de julio de 2014 [1 pantalla] Disponible en <http://www.imss.gob.mx/tramites/imsstys0066>.
- ¹³ Organización mundial de la salud; 10 datos sobre el envejecimiento de la población [sede web] OMS 2014 [acceso 08-10-13] [1 pantalla]; Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/index.html>
- ¹⁴ McMaster Health Forum. Topic Overview: L'intégration des infirmières praticiennes dans les milieux de soins de santé primaires au Canada. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum, 6 July 2011.
- ¹⁵ Association des infirmières et infirmiers du Canada; des cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada [monografía en internet]; Ottawa; août 2007; ISBN 978-1-55119-203-1 [acceso 20-10-14]; disponible en: http://www.nurseone.ca/docs/NurseOne/Public%20Documents/RN_Framework_Practice_2007_f.pdf
- ¹⁶ Wong CX, Carson KV, Smith BJ. Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 4. Quebec Canada; Art. No.: CD000994. DOI: 10.1002/14651858.CD000994.pub3 – [fecha de consulta: 20-10-14]; Disponible en: http://fr.summaries.cochrane.org/CD000994/les-soins-a-domicile-par-des-infirmieres-de-proximite-ameliorer-ils-les-criteres-devaluation-des-personnes-atteintes-de-broncho-pneumopathie-chronique-obstructive_#sthash.ZnZsA2xs.dpuf
- ¹⁷ Gouvernement du Canada. Code du travail. Décret présidentiel n° 96438 du 26 Rajab 1417 correspondant au 7 décembre 1996 relatif à la promulgation au Journal officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire de la révision constitutionnelle adoptée par référendum du 28 novembre 1996. (JORA n° 76 / 1996).
- ¹⁸ Gouvernement du Québec. CHEZ SOI : LE PREMIER CHOIX La politique de soutien à domicile. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction des communications. Québec, 2003.
- ¹⁹ Batthyány K.; Género, cuidados familiares y uso del tiempo. [Monografía de internet] Uruguay 2011. [acceso 12 de diciembre de 13]; Disponible en: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/Karina%20Batthy%C3%A1ny%20G%C3%A9nero,%20cuidados%20familiares%20y%20uso%20del%20tiempo.pdf>
- ²⁰ Nieves Rico M., Crisis de cuidado y políticas públicas. “El momento es ahora”, División de Desarrollo Social CEPAL [monografía de internet] Santiago de Chile, 29 y 30 de octubre de 2009 [consultada el 12 de diciembre de 2013] Disponible en: <http://www.cepal.cl/dds/noticias/paginas/0/37350/presentacion-NievesRico.pdf>
- ²¹ Aguirre R., Cuadragésima sexta reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Seminario internacional. Políticas de tiempo, tiempo de las políticas: “Información Y Conocimientos Para La

Incidencia Política Y La Definición De La Política De Cuidados En Uruguay” , [monografía de internet] Universidad De La República. Uruguay septiembre 2011 [acceso el 13 de diciembre de 2013]; Disponible en:

http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/1/43711/AGUIRRE_Informacion_para_incidencia_politica_21092011.pdf

²² Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Geriátria. Sitio de publicaciones legislativas en México sobre envejecimiento [Sede web]. México D.F. 2012 [Acceso diciembre 2013] [4 pantallas aproximadamente]. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/legislacion.html>

²³ Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Geriátria. Sitio de publicaciones Especializadas sobre envejecimiento [Sede web]. México D.F. 2012 [Acceso diciembre 2013] [1 pantallas]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/pub_especializadas.html

²⁴ Aguirre R., “Los cuidados entran en la agenda pública”, Revista de Ciencias Sociales: Uso del tiempo, cuidados y bienestar. [Revista On-Line 1688-4981]. Uruguay, diciembre de 2010. [consultado el 20 de diciembre de 2014]. ISSN 0797-5538 - ISSN. [pp.10-19] Año XXIII. N° 27. Disponible en: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/RevCienSoc27-.pdf>

²⁵ Organización Mundial de la Salud; Enfermedades crónicas [sede web] OMS 2014. [acceso diciembre 2014]. [1 pantalla] Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/index.html

²⁶ Organización Mundial de la Salud. OMS 61^a Asamblea mundial de la salud; Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial [monografía de internet]; Ginebra abril de 2008. [acceso diciembre 2013]; Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf

²⁷ Organización Mundial de la Salud; Enfermedades no transmisibles: perfiles de países 2011. [sede web]. OMS 2014 [acceso enero 2015] [1 pantalla]; Disponible en: <http://www.who.int/nmh/countries/es/>

²⁸ Gobierno federal, Presidencia de la república; [Artículos de prensa] Envejecimiento sano y activo, meta de la presente administración. [acceso 10 de octubre de 2013]; Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/articulos-prensa/envejecimiento-sano-y-activo-meta-de-la-presente-administracion/>

²⁹ Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Geriátria; Programa Anual de Trabajo 2013; [Sede web]. México D.F. 2012 [Acceso diciembre 2013] [1 pantalla]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/doctos_institucionales/Programa_Anual_Trabajo_2013.pdf

³⁰ Secretaría de Salud; Programa de Acción Específico 2007-2012 Envejecimiento; [Sede web]. México D.F. 2012 [Acceso diciembre 2013] [1 pantalla]. Disponible en http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_accion_especifico_envejecimiento.pdf

³¹ Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, Educación para la salud [sede web]. Sedesol 2012 [acceso enero 2014] [2 pantallas] Disponible en: http://www.inapam.gob.mx/es/INAPAM/Educacion_para_la_salud

-
- ³² Juárez Rodríguez P., García Campos M.; La importancia del cuidado de Enfermería. Revista de enfermería del IMSS. [Artículo Online] Año 2009 Vol.17 No.2 Disponible en: http://revistadeenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=articleid=114:la-importancia-del-cuidado-de-enfermeria
- ³³ Delicado Useros M., Alfaro Espín A., Candel Parra E. Barnés Martínez A.; "Family Caregivers: Nurse's Perception and Attitudes"; Social Medicine [Article online]. March 2012. [fecha de consulta 02 febrero de 2014] Vol.6, Number 3. [paginas 151-161] Disponible en: <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/viewArticle/609>
- ³⁴ García Hernandez m., Arana Gómez B., Cárdenas Becerril L., Monroy Rojas A; "Cuidados de la Salud: Paradigma del Personal de Enfermeros en México: La reconstrucción del Camino"; Esc. Anna Revista de Enfermería 2009 abr-jun; [fecha de consulta 03 febrero de 2014] 13(2):287-96.
- ³⁵ Trejo Morales LP; Calidad de vida del cuidador informal del adulto mayor del programa de atención domiciliaria del enfermo crónico [Tesis de maestría]. San Luis Potosí, México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería. Octubre 2009.
- ³⁶ Espinel Bermúdez M, Sánchez García S, Juárez cedillo T, García González J, viveros Pérez A, García Peña C; "Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios"; Salud Pública [artículo online]. Méx 2011; [fecha de consulta 9 de febrero de 2014]. Vol. 53(1):17-25; Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002559>
- ³⁷ Suariano de la Rosa B. "Análisis de costos del programa de atención domiciliaria en el paciente crónico (ADEC)" Hospital General de Zona No. 2, IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Revista de enfermería del IMSS [artículo Online]. Chiapas, México 2003; 11 (2): 71-76; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2003/eim032c.pdf>
- ³⁸ Rafael-Martínez de Jesús F, Mávil Lara R, Mendiola-Segura I. Amputación domiciliaria de ortijos en pacientes diabéticos. Academia Mexicana de Cirugía. México. Cir Ciruj 2001; 69: 226-231.
- ³⁹ Martínez de Jesús, Fermín R; Mávil Lara, Rafael; Pérez Morales, Alfonso G. Tratamiento domiciliario de pacientes diabéticos con úlcera del pie Rev. méd. IMSS;34(1):59-63, ene.-feb. 1996. tab.
- ⁴⁰ Deshaies C, Labrie Gauthier M, Leprohon J, Buttery J, Décarie S, Giasson m, et al. Soutien à domicile. 2e Edition. Ordre des infirmières et infirmiers du Quebec. Quebec 2010. ISBN 978-2-89229-503-0 (PDF).
- ⁴¹ Sérvingy A, Tourigny A, Aubin M, Frappier A, Joyal I, Lavoie R. État de situation du bénévolat auprès des personnes à domicile recevant des soins palliatifs et de fin de vie de la région de la Capitale-Nationale du Québec. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale du Québec. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. Juin 2011.
- ⁴² Zapata Farías H.; Adulto Mayor: Participación e identidad; Revista de psicología [artículo online]; Universidad de Chile 2001; [fecha de consulta 21 febrero 2014]

Vol 10; No.1; [páginas 181-197]; disponible en: <http://www.revistaeggp.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewArticle/18562>

⁴³ Landinez Parra N., Contreras Valencia K., Castro Villamil A.; Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia; Revista Cubana de Salud Pública [artículo online ISSN 562-580] Ciudad de La Habana 2012; [fecha de consulta 25 de febrero de 2014]; vol.38 no.4; [páginas 562-580]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-4662012000400008&script=sci_abstract

⁴⁴ Organización Panamericana de la salud. “Género y envejecimiento “. [Hoja informativa]. [consultado el 2 de febrero de 2014]; Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/hdp/hdw/genderageingsp.PDF>

⁴⁵ Alonso Galbán P., Sansó Soberats F., Díaz-Canel Navarro A., Carrasco González M., Oliva T., Envejecimiento poblacional; Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; Revista Cubana de Salud Pública [On-line ISSN 0864-3466] Ciudad de La Habana Jan-Mar 2007; [consultado el 03 de febrero de 2014]; vol.33 no.1 [p.p. 0-0]; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf>

⁴⁶ Albala C., Sánchez H., Lera L., Ángel B., Cea X.; Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor. Resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad; Revista médica de Chile; [artículo online]; Santiago de Chile octubre 2011; [fecha de consulta 20 de febrero de 2014]; Vol. 139, No.1 139: 1276-1285; disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872011001000005>

⁴⁷ Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Publica. 2007;22(1):1–11.

⁴⁸ Treeline software. Global AgeWatch Index 2013. [sede web] 2013. [consultado el 20 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.helpage.org/global-agewatch/>

⁴⁹ Luna Medina MA., Peralta pedrero ML., Pineda Aquino V., Durán- Fernández YC., Ávalos Mejía AM., Aguirre García MC., Prescripción inapropiada en el adulto mayor con padecimiento crónico degenerativo; Revista Médica del IMSS; Instituto Mexicano de Seguro Social; DF, México; Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 01 de Marzo 2013; 51(2):142-9.

⁵⁰ Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón JC, Franco-Marina F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. Revista de Salud Pública [Artículo online] Mex 2013 [Fecha de consulta 20 de febrero14]; 55:580-594. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal136e.pdf>

⁵¹ World Health Organization; Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report; [internet] Switzerland 2005; [acceso octubre 2013]; Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf?ua=1

⁵² Organización Panamericana de la Salud [sede web]. “Plan para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles en las Américas”. OPS octubre 2013. [acceso marzo 2014] [1 pantalla]. Disponible en:

<http://52cd.wordpress.com/2013/10/02/debaten-plan-para-prevenir-y-controlar-las-enfermedades-no-transmisibles-en-las-americas/>

⁵³ Barceló A., Epping-Jordan J., Oduñez P., Luciani S., Agurto I. y Tasca R. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de asistencia de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. [Internet] Whashington, D.C. [Acceso febrero 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22257+&Itemid=999999&lang=es

⁵⁴ Stuckler D, Siegel K, editors. Sick societies: responding to the global challenge of chronic disease. New York: Oxford University Press; 2011. 352 p. ISBN: 978-0-19-957440-7

⁵⁵ Sevilyay Hintistan, Nesrin Nural, Nermin Birinc; Evaluation of daily living activities and dependence levels of elderly with chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study in Turkey; Turkey; 2013 HealthMED - Volume 7 / Number 1 / 2013

⁵⁶ Beaglehole R, Epping Jordan j, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd m, et al, Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care; The Lancet, [article online]. September 2008 [fecha de consulta 10 octubre 2013]. Volume 372, Issue 9642, [Pages 940–949] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067360861404X>

⁵⁷ Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Projet de loi no 90, sanctionné) [Guide de l'ergothérapeute]. Québec, Canadá Février 2004 [consultado en diciembre 2013]; Disponible en : http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/Loi_90_GuideMembre.pdf

⁵⁸ Pellegrino E. Relación de autonomía y la integridad de la ética médica. Bol of Saint Panam [Internet] 1990 [fecha de consulta septiembre 2013] 108 (5-6). Disponible en: [http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n\(5-6\)p379.pdf](http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v108n(5-6)p379.pdf)

⁵⁹ Aud Moe, Ove Hellzen, Ingela Enmarker; The meaning of receiving help from home nursing care; Nursing Ethics; [article online] Faculty of Health and Science, Nord-Trøndelag University College. Norway; 2013; [fecha de consulta 25 de febrero de 2014] 20(7) [737–747]; Disponible en: sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav/10.1177/0969733013478959
nej.sagepub.com

⁶⁰ García Martínez R., Mendoza López J., Acosta Rivas M., Actitud del personal de enfermería ante el proceso administrativo de rotación por los servicios hospitalarios. Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. [artículo online] México, DF 2003. [fecha de consulta septiembre 2013] 11(1): [35-42] Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=290:actitud-del-personal-de-enfermeria-ante-el-proceso-administrativo-de-rotacion-por-los-servicios-hospitalarios

⁶¹ Organización Mundial de la Salud; Enfermedades crónicas y promoción para la salud; [21 pantallas] 2015; [fecha de consulta 14 de octubre de 2015]; Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/

-
- ⁶² Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, Haines A. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet*. [article online] 2008 Sep 13; [fecha de consulta septiembre 2013]; 372(9642); [940-9]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18790317>
- ⁶³ Calderón Dimas Q, Martínez Ríos J, Medrano contreras R, Vázquez Martínez M; “Grado de dependencia y capacidades de autocuidado del paciente adscrito al programa de atención domiciliaria al enfermo crónico ADEC”. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición* [artículo online] Febrero 2002 [fecha de consulta septiembre 2013]; Ed. Especial No.2-2002. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/imss2/019.html>
- ⁶⁴ Gouvernement du Québec. Chez soi 2: le premier choix : précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile / Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction des communications. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications, [online] Québec 2004, [fecha de consulta noviembre 2013] Disponible en: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-704-01.pdf>
- ⁶⁵ Centre de santé et de services sociaux des îles. Cadre de référence pour le soutien à domicile. CSSS. Québec. Mars 2011
- ⁶⁶ Organización Mundial de la Salud [sede web]. Día Mundial de la Salud 2012 - ¿Está usted preparado?. OMSS 2014. [Acceso noviembre 2013] [1 pantalla]; disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/es/index.html>
- ⁶⁷ Organización Mundial de la Salud [sede web]. Healt21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for all series No.5. 1998 OMSS 2014. [Acceso noviembre 2013] [1 pantalla]; disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/es/index.html>
- ⁶⁸ Vázquez J. “Derechos humanos y salud. Personas Mayores” [monografía en internet] Organización Panamericana de la Salud. 2008 [acceso noviembre 2013] Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/dd/pub/10069_Viejos.pdf
- ⁶⁹ Organización Mundial de la Salud. “Envejecimiento activo: hacia una atención primaria adaptada a los mayores” [folleto de internet] [consultado en marzo 2014] Disponible en: http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_standards/en/al_afs_es.pdf
- ⁷⁰ infirmers.com [sede web] “La prise en charge des soins à domicile” [actualizado en 2012; acceso marzo 2014]. Les sites d'izeos : IZEOS 1er mars 2000
- ⁷¹ Stall N, Nowaczynski M, Sinha S; Retour vers le futur: soins primaires à domicile pour les Canadiens âgés confinés à la maison. The college of family physicians of Canada. [article on line] March 2013 [consultado en marzo 2014] 59(3) [pp 120-124] Disponible en: <http://www.cfp.ca/content/59/3/e120.short>
- ⁷² Vallée P. La loi 90 - Refonte en profondeur du système de santé; Le Devoir <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/10995/la-loi-90-refonte-en-profondeur-du-systeme-de-sante>

⁷³ Gottlieb L, Rowat K. The McGill model of nursing: a practice-derived model. *ANS Adv Nurs Sci.* [article online]; 1987 Jul; [consultado en octubre 2013]; 9(4):51-61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3111351>

⁷⁴ Secretaría de Salud [sede web], Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica: [Boletín Epidemiológico online] octubre 2013 [fecha de consulta septiembre 2013] 42 (30). Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2013/completo/sem42.pdf>

⁷⁵ Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica: Notificación semanal de casos nuevos [Reporte mensual online] septiembre 2013 [fecha de consulta septiembre 2013]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_morbilidad/2013/9Reporte%20septiembre_2013.pdf

⁷⁶ Secretaría de Salud [Anuarios de morbilidad], Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica: septiembre 2013 [fecha de acceso septiembre 2013]. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

⁷⁷ Comisión Permanente de Enfermería [sede web]. México 2013. [fecha de actualización: 17 de septiembre de 2013; fecha de acceso: 09 de octubre 13] Jiménez Sánchez J, Mensaje oficial sobre la NOM-019-SSA3-2013 para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud. [1 pantalla]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/index.php?Id_URL=400despliegue&anio=2013&Id_Nota=234

⁷⁸ Consejo Nacional de Población [proyecciones de población 2010-2050]. Estadísticas vitales; 25 de abril 2014 [fecha de acceso 20 de mayo 2014] disponible en:

www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_de_la_poblacion_2010-2050

⁷⁹ Presidencia de México [sede web] México DF Staff de Presidencia; 15 de octubre de 2013; [actualización: 14 diciembre 2013; acceso 08 de julio de 2014] 70 Aniversario de la Secretaría de Salud [1 pantalla] Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/70-aniversario-de-la-secretaria-de-salud/>

⁸⁰ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Diario Oficial de la Federación 5 de febrero de 1917. Fe de erratas 6 de febrero de 1917. Artículo 4°

⁸¹ Gómez Dantés, O., Sesma S., M. Becerril V., M. Knaul F., Arreola h., Frenk J., Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2:S220-S232.

⁸² Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Seguro popular [acceso 08 de julio 2014] [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/

⁸³ Secretaría de Gobernación. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el ejercicio fiscal 2014. DOF: 30/12/2013. [fecha de consulta marzo 2014] Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5328468&fecha=30/12/2013

⁸⁴ Organización Panamericana de la Salud. Programa de Organización y Gestión de sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de sistemas y Servicios de Salud. Canadá. Perfil del Sistema de Servicios de Salud. 27 marzo 2000

⁸⁵ Portail Québec [sede web] Québec, Gouvernement du Québec, 2014. [actualización: 27 de enero de 2012; acceso 14 marzo 2014] Santé et services

sociaux [aproximadamente 4 pantallas] Disponible en : <http://www.gouv.qc.ca/portail/quebec/pgs/commun/portrait/sante/?lang=fr>

⁸⁶ Santé et services sociaux [sede web]. Québec, Gouvernement du Québec, 2014; [actualisation: 10 de marzo de 2014; acceso: 14 de marzo de 2014]; La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec Le système de santé et de services sociaux au Québec [1 pantalla]. Disponible en www.msss.gouv.qc.ca

⁸⁷ April international.. [sede Web]. Francia: la société APRIL International Société Anonyme; 3 mai 2012 [acceso:01oct2014]. L'organisation du système de santé au Canada [1 pantalla]. Disponible en: <http://fr.april-international.com/global/destination/l-organisation-du-systeme-de-sante-au-canada>

⁸⁸ Capó W, Arteaga B, Capó M, Capó S, García e, Montenegro E, et al. Sistematización de experiencias: un método para impulsar procesos emancipadores. Centro de Estudios para la educación popular Cepep. Ed. 1. ISBN: 987-980-14-1289-2

⁸⁹ Acosta L. Guía práctica para sistematización de proyectos y programas de cooperación técnica. Oficina regional de la FAO para América Latina y El Caribe. Julio 2005.

⁹⁰ Fantova F. La sistematización como herramienta de gestión. Bilbao. Mayo 2003

⁹¹ Stake R.E. Investigación con estudio de caso. 2^{ed}. Ediciones Morara, S. L. Mejía Lequerica, 12. 28004. Madrid.

⁹² Benoît Gauthier. Recherche Sociale : De la problématique à la collecte des données; Presses de l'Université du Québec, 4a éd. 2003; [chapitre : 7]; ISBN 2-7605-1243-6.

⁹³ Ruíz Olabuénaga J, Metodología de la investigación cualitativa. 5^a Edición. Serie de Ciencias Sociales, vol 15. Universidad de Deusto. Bilbao. ISBN: 978-84-9830-673-6

⁹⁴ Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología De La Investigación Cualitativa. Ediciones Aljibe. Granada (España). 1996.

⁹⁵ Patton, M. Qualitative evaluation and research methods. (pp. 169-186). Beverly Hills, CA: Sage. 1990.

⁹⁶ Mack N, Woodosng C, MacQueen K. M, Guest G., namey E. Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide. Family Health International. North Carolina, USA. 2011. ISBN: 0-939704-98-6

⁹⁷ Benoît Gauthier. Recherche Sociale : De la problématique à la collecte des données; Presses de l'Université du Québec, 4a éd. 2003; [chapitre : 11, 12 et 14]; ISBN 2-7605-1243-6.

⁹⁸ Medina Talero N.A.. El diario de campo: valiosas contribuciones a la investigación cualitativa [Sede web]. Bogotá, Colombia; Publicado el 12 de Julio 2012 [Actualizado Julio 2012, acceso enero 2014]. Disponible en URL:<http://dcprecisionesmetodologicas.blogspot.mx>.

⁹⁹ Denzin I, Norman k, Lincoln I, Yvonna S. The Handbook of Qualitative Research. 2nd ed. Sage Publications, Inc, Londres, Inglaterra. 2000.

¹⁰⁰ Stake R. investigación con estudio de casos. Ediciones Morata. Madrid 1999. 2da edición. ISBN: 84-711—422-Xc

¹⁰¹ DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975

35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000 Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002 Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

¹⁰² Secretaría de Gobernación. Ley General de Salud. Reforma en Diario Oficial de 14 de junio de 1991 y Reforma en Diario Oficial de 7 de mayo de 1997.

¹⁰³ Secretaría de Gobernación. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la federación 1984.

¹⁰⁴ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evaluación Integral del Desempeño de los Programas Federales de Salud 2010, México, D.F. CONEVAL, 2012.

¹⁰⁵ Organización Mundial de la Salud; Las alianzas de hospitales mejoran la seguridad del paciente. Ginebra. 31 de enero de 2013.

¹⁰⁶ Díaz de León Palomino S; Capacidad funcional del, calidad de vida del adulto mayor y atención de enfermería en domicilio [tesis de maestría]; Universidad Autónoma de San Luis Potosí; Facultad de Enfermería; 2011.

¹⁰⁷ Trejo Morales L.P; Calidad de vida del cuidador informal del adulto mayor del programa de atención domiciliaria al enfermo crónico [Tesis de Maestría]; Octubre 2009

¹⁰⁸ Gouvernement du Québec [Sede web] Quebec, Canadá 2003 [Actualizado 2015, acceso noviembre 2015]; Disponible en <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/>

¹⁰⁹ Delicado Useros M.V, Alfaro Espin A, Candel Parra E, Barnés Martínez A; Family Caregivers: Nurses' Perceptions and Attitudes; Vol 6, No 3; España 2012. Disponible en: <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/609/1206>

¹¹⁰ Fernández Ortega MA, Arias Castillo L, Brandt Toro C, Irigoyen Coria A, Roo Prato JB; Hacia el fortalecimiento de la Medicina Familiar y la Atención Primaria en los sistemas de salud:IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011. Disponible en http://ssi.campusvirtualesp.org/honduras/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_m_edfam/articulo_forta_mfamiliar.pdf

¹¹¹ Don Juan Díaz M; Capacidad funcional física, autocuidado, calidad de vida del adulto y del adulto mayor en hemodiálisis [Tesis de Maestría]; Octubre 2013

¹¹² Tejada Tayabas L.M, Mercado-Martínez F.J.; Entre la disponibilidad y el acceso a la atención médica. La mirada de los enfermos crónicos en condiciones de

pobreza; Salud colectiva v.6 n.1 Lanús ene./abr. 2010; versión On-line ISSN 1851-8265; Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652010000100004&script=sci_arttext

¹¹³ Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar ML, Arredondo A. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. *Salud Publica Mex* 1998;40:24-31.

¹¹⁴ Personnes âgées; Gouvernement du Québec [Sede web] Quebec, Canadá 2003 [Actualizado 2015, acceso noviembre 2015]; Disponible en http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/groupes/personnes_agees.php

¹¹⁵ Derechohabientes, pensionados y público en general; Instituto Mexicano del Seguro Social [Sede Web]; México 2015; Disponible en <http://www.imss.gob.mx/derechoH>

¹¹⁶ Flores G., Rivas R., Seguel P.; nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa; *Ciencia y enfermería* vol.18 (1): 29-41, abril 2012; versión On-line ISSN 0717-9553; Consultado en noviembre 2015; Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>

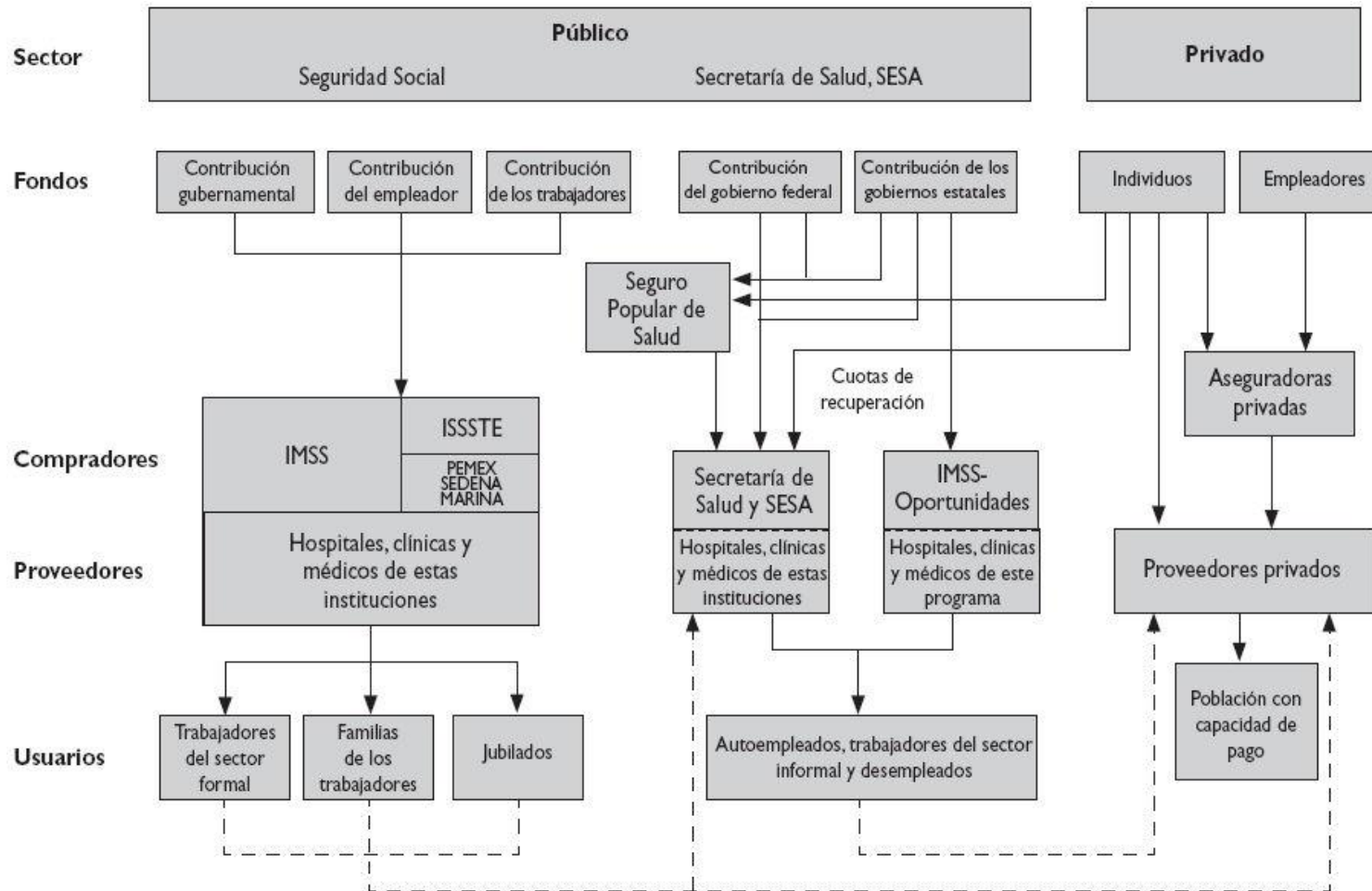
¹¹⁷ Ángeles Duran M; El trabajo del cuidado en América Latina y en España; Documento de trabajo No.54; Fundación Carolina; Madrid; Primera edición; Diciembre 2011; ISSN: 1885-886-X.

¹¹⁸ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux; Paris 2012; Lettre de cadrage- Le soutien des aidants non professionnels de personnes âgées dépendantes, de personnes adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile.

Anexos

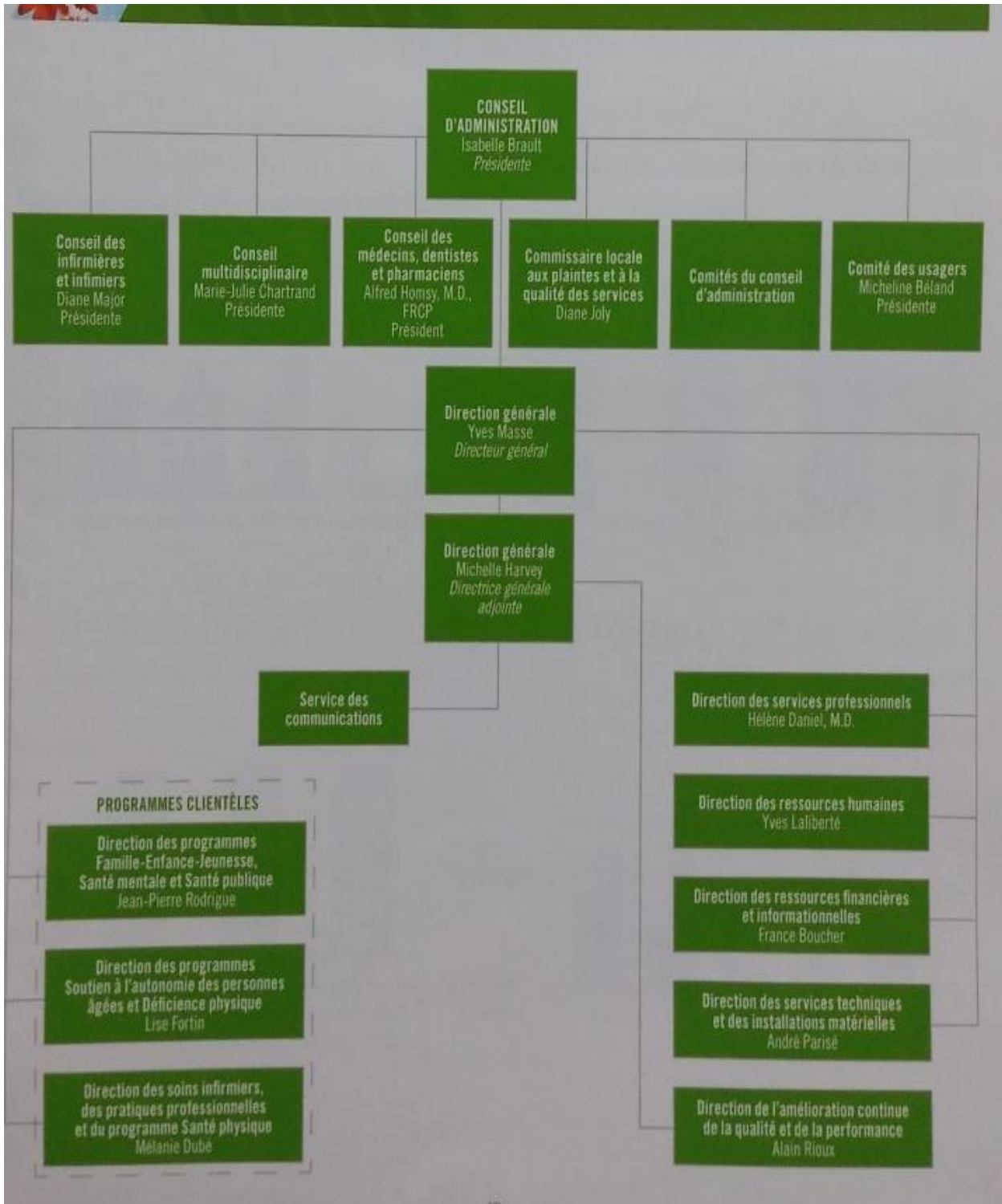
ANEXO 1

SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO



ANEXO 2

ORGANIGRAMA DEL SISTEMA DE SALUD DE QUÉBEC



ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN EN EL ESTUDIO PARA LA SISTEMATIZACIÓN DEL CUIDADO DOMICILIARIO PARA ADULTOS MAYORES CON PATOLOGÍA CRÓNICA

Nombre de la investigación: ESTUDIO PARA LA SISTEMATIZACIÓN DEL CUIDADO DOMICILIARIO PARA ADULTOS MAYORES CON PATOLOGÍA CRÓNICA

Lugar y fecha: Hospital de Especialidades No. 50 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Agosto del 2014.

Objetivo de la entrevista: Obtener información que contribuya a la Identificación de aspectos relevantes sobre el funcionamiento, desde su perspectiva, del Programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (PADEC).

Objetivo del estudio: Desarrollar una propuesta de Sistematización del cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México.

Justificación del estudio: El cuidado que se brinde no debe ser solo en beneficio individual del paciente sino de la familia y de la comunidad en donde el individuo vive y se desarrolla. Se trata de analizar el tema del cuidado domiciliario para que la discusión relativa a quien se hace cargo de las personas dependientes, en este caso adultos mayores, forme parte del análisis académico, social y político para la reorganización de los sistemas de protección social, la reforma de los sistemas de salud y el desarrollo de los servicios sociales.

Procedimientos: se aplicaran entrevistas dirigidas al personal que opera el PADEC sobre los procedimientos y actividades administrativas y académicas que se llevan a cabo. Así como a los pacientes y cuidadores principales que cumplan con los criterios de inclusión para el estudio.

Posibles riesgos, molestias y beneficios que recibirá al participar en el estudio: ninguno, ya que la información obtenida será de carácter confidencial. Además de que no se le realizara ningún procedimiento experimental como parte de esta investigación.

Participación o retiro: entiendo que conservo el derecho de negarme a responder los cuestionamientos en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la mi estatus laboral ni personal dentro de la institución. En el caso de ser trabajador. De la misma manera en caso de ser paciente o cuidador tampoco seré afectado en cuanto a la prestación del servicio que me brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Privacidad y confidencialidad: el investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma del
entrevistador/investigador

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPACIÓN EN LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN EN EL ESTUDIO PARA LA SISTEMATIZACIÓN DEL CUIDADO DOMICILIARIO PARA ADULTOS MAYORES CON PATOLOGÍA CRÓNICA

Nombre de la investigación: ESTUDIO PARA LA SISTEMATIZACIÓN DEL CUIDADO DOMICILIARIO PARA ADULTOS MAYORES CON PATOLOGÍA CRÓNICA

Lugar y fecha: Centro de salud y servicios sociales Dorval-Lachine-Lasalle (*Centre de Santé et de Service Sociaux Dorval-Lachine-Lasalle [CSSS]*), con criterios definidos en el apartado 7 correspondiente al diseño metodológico del estudio. Septiembre del 2014.

Objetivo de la entrevista: Obtener información que contribuya a la Identificación de aspectos relevantes sobre el funcionamiento, desde su perspectiva, del Programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física (*Programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*), dentro de la Dirección de enfermería y de las prácticas profesionales del programa de salud física (*Direction des soins infirmiers, des pratiques professionnelles et du Programme Santé Physique*)

Objetivo del estudio: Desarrollar una propuesta de Sistematización del cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México.

Justificación del estudio: El cuidado que se brinde no debe ser solo en beneficio individual del paciente sino de la familia y de la comunidad en donde el individuo vive y se desarrolla. Se trata de analizar el tema del cuidado domiciliario para que la discusión relativa a quien se hace cargo de las personas dependientes, en este caso adultos mayores, forme parte del análisis académico, social y político para la reorganización de los sistemas de

protección social, la reforma de los sistemas de salud y el desarrollo de los servicios sociales.

Procedimientos: se aplicaran entrevistas dirigidas al personal que opera el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física (*Programmes soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*), sobre los procedimientos y actividades administrativas y académicas que se llevan a cabo. Así como a los pacientes y cuidadores principales que cumplan con los criterios de inclusión para el estudio.

Posibles riesgos, molestias y beneficios que recibirá al participar en el estudio: ninguno, ya que la información obtenida será de carácter confidencial. Además de que no se le realizara ningún procedimiento experimental como parte de esta investigación.

Participación o retiro: entiendo que conservo el derecho de negarme a responder los cuestionamientos en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la mi estatus laboral ni personal dentro de la institución. En el caso de ser trabajador. De la misma manera en caso de ser paciente o cuidador tampoco seré afectado en cuanto a la prestación del servicio que me brinda el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física (*Programmes soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*).

Privacidad y confidencialidad: el investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma del
entrevistador/investigador

ANEXO 4

PLAN DE TRABAJO

OBJETIVOS/ACTIVIDADES	PARTICIPANTES	CAMPO DE ACCIÓN	TEMA DE INTERÉS	CALENDARIO
<p>Intra Institucional</p> <p>Desarrollar el proyecto de Investigación/Tesis :</p> <p>1. Elección del tema</p> <p>2. Desarrollar la metodología</p> <p>Actividad:</p>	<p>Estudiante</p> <p>Directora de tesis</p> <p>Co-Directora de tesis</p> <p>UASLP</p>	<p>Universidad Autónoma de SLP</p>	<p>Atención domiciliaria al adulto mayor con diagnóstico de patología crónica</p>	<p>septiembre 2013 – Febrero 2014</p>
<p>Extra institucional</p> <p>Identificar características del funcionamiento del programa de atención domiciliaria al enfermo crónico (ADEC) en México.</p> <p>Actividad: Observación, entrevistas, diario de campo.</p>	<p>Estudiante</p> <p>Directora de tesis</p> <p>Co-Directora de tesis</p> <p>Autoridades Sanitarias del IMSS</p> <p>Personal operativo del programa ADEC</p>	<p>Intra y extra institucional:</p> <p>UASLP e Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)</p>	<p>Atención domiciliaria al adulto mayor con diagnóstico de patología crónica</p> <p>Derechohabientes del IMSS</p>	<p>Febrero 2014- Mayo 2014</p>
<p>Identificar características del funcionamiento del programa de atención domiciliaria al enfermo crónico (CLSSS) en Canadá.</p> <p>Actividad: Observación, entrevistas, diario de campo.</p>	<p>Estudiante</p> <p>Directora de tesis</p> <p>Co-Directora de tesis</p> <p>Autoridades Sanitarias de Quebec Canadá</p> <p>Personal operativo del programa CSSS</p>	<p>Intra y extra institucional:</p> <p>UASLP e (CLSSS)</p> <p>DSI PP et la dirección SAPA MVNI et DP</p>	<p>Atención domiciliaria al adulto mayor con diagnóstico de patología crónica. Pacientes atendidos por el CLSSS</p>	<p>Junio 2014</p>

OBJETIVOS/ACTIVIDADES	PARTICIPANTES	CAMPO DE ACCIÓN	TEMA DE INTERÉS	CALENDARIO
Identificar las similitudes y diferencias entre los modelos de atención domiciliaria de México y Canadá Actividades: análisis cualitativo	Estudiante Directora de tesis Co-Directora de tesis	Intra y extra institucional: UASLP e (CLSSS)	Atención domiciliaria al adulto mayor con diagnóstico de patología crónica.	Julio 2014- septiembre 2014
Desarrollo de propuesta de Modelo de Atención domiciliaria al adulto mayor con diagnóstico de patología crónica (EPOC). En México Actividades:	Estudiante Directora de tesis Co-Directora de tesis	Intra y extra institucional: UASLP e (CLSSS)	Atención domiciliaria al adulto mayor con diagnóstico de patología crónica.	Octubre 2014 Diciembre 2014
Desarrollo de propuesta de Modelo de Atención domiciliaria al adulto mayor con diagnóstico de patología crónica (EPOC). En México Acción: Piloteo del modelo	Estudiante Directora de tesis Co-Directora de tesis	Intra y extra institucional: UASLP e (CLSSS)	Atención domiciliaria al adulto mayor con diagnóstico de patología crónica. En México	Enero 2015- Mayo 2015
Recolección de resultados para hacer el análisis y desarrollo de conclusiones Conclusión de Tesis/proyecto. Acción : Análisis Cualitativo	Estudiante Directora de tesis Co-Directora de tesis	Intra y extra institucional: UASLP e (CLSSS)	Atención domiciliaria al adulto mayor con diagnóstico de patología crónica.	Junio 2015 - Agosto 2015

ANEXO 5

PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN CSSS-DLL

FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVOS	PARTICIPANTES	CAMPO DE ACCIÓN	TÉCNICAS UTILIZADAS
Día 1	Presentación del proyecto	Dar a conocer el protocolo del proyecto, los objetivos y la metodología.	Aluma de la MAAE de la UASLP Co- Directora de Tesis Autoridades del CSSS-DLL	Reunión con la dirección general. Hopital DLL: Dirección de cuidados de Enfermería. Prácticas profesionales y programas de salud Física Dirección cuidado a las personas en pérdida de autonomía y programas de salud y deficiencia física.	Presentación Ejecutiva
Días 2 al 7	Recolección de información	Conocer el la estructura organizacional para el funcionamiento de: Programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées et Déficience physique	Aluma de la MAAE de la UASLP	1 día con el equipo de cuidados ambulatorios. 1 día con equipo de cuidado a las personas en pérdida de autonomía y programas de salud y deficiencia física. 1 día con actor externo al CS: agencia de Salud y	Entrevista semiestructurada. Observación participante. Diario de Campo.

		Direction des soins infirmiers des pratiques professionnelles et du programme Santé physique.		servicios sociales de Montreal	
Día 10 al 14	Recolección de información	Conocer el funcionamiento en campo de: Programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées et Déficience physique Direction des soins infirmiers des pratiques professionnelles et du programme Santé physique.	Aluma de la MAAE de la UASLP Autoridades del MSSS de Quebec	Observación terreno: Centro local de Salud comunitaria: Dorval Lachine, Centro local de salud comunitaria LaSalle, Clinica ambulatoria.	Entrevista semiestructurada. Observación participante. Diario de Campo.
Día 15 al 23	Ánàlisis de información	Ánàlizar la información obtenida para	Aluma de la MAAE de la UASLP		

Día 24 al 28	Desarrollo de propuesta	Desarrollar el preliminar del modelo para el proyecto piloto	Aluma de la MAAE de la UASLP		
Día 29 Y 30	Presentación de resultados preliminares de la estancia	Presentar los resultados obtenidos y	Aluma de la MAAE de la UASLP Co- Directora de Tesis Autoridades del CSSS-DLL	Hopital DLL: Dirección de cuidados de Ennfermería. Prácticas profesionales y programas de salud Física Direccion cuidado a las personas en pérdida de autonomía y programas de salud y deficiencia física.	Presentación Ejecutiva

ANEXO 6



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
 Facultad de Enfermería
 Unidad de Posgrado e Investigación
 Maestría en Administración de la Atención de Enfermería



FOLIO:

GUÍA DE OBSERVACIÓN

1. Actividades realizadas
2. Dinámica de trabajo

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	INDICADORES
Organización el trabajo.	Inicio de actividades	Incorporación del protocolo inicial en sus actividades
		División del trabajo
		Asignación de tareas
	Material	Establecimiento de necesidades
		Recoger y ordenar material
		Utilización del material
	Establecimiento de normas	Normas para utilización del material
		Uso de protocolos de atención
		Normas para establecimiento de cuidados
		Respeto por las normas
	Transmisión de información	Tipo de información que se brinda
		Formas de comunicación
		Establecimiento de canales de comunicación
Recepción de la información		

		Calidad de la información
Ejecución	Metodología	Dinámica de trabajo
		Novedades en la operación entre los diferentes actores con tareas similares
	Espacio y material	Novedad en el material que utilizan
		Adecuación en la cantidad de material
		Adecuación del tipo de material
		Utilización de un espacio adecuado
	Dinámica común entre los actores	Establecimiento de objetivos
		Evaluación de los procesos
	Información	Cambios de conductas en el personal operativo
		Cambios de conductas de los pacientes
		Cambios en los comportamientos familiares
	Aspectos médicos	Apego a los tratamientos
		Administración de los cuidados esenciales
		Administración de los cuidados adecuados
		Situación médica actual
Evolución del estado de salud		

ANEXO 4



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Enfermería
Unidad de Posgrado e Investigación
Maestría en Administración de la Atención de Enfermería



FOLIO:

GUÍA DE ENTREVISTA A PERSONAL DIRECTIVO

AL ENTREVISTADO: El presente instrumento tiene como objetivo, recabar información valiosa que contribuirá a para la obtención información que contribuya a la Identificación de aspectos relevantes sobre el funcionamiento, desde su perspectiva, del Programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (PADEC). La información obtenida a través de esta fuente, será de carácter confidencial, de manera que las respuestas que usted proporcione serán de utilidad para lograr el objetivo marcado, en la elaboración de una propuesta de Sistematización del cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México.

1. Hábleme sobre el Programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (PADEC).
2. A qué responde la creación del PADEC.
3. Hábleme de su experiencia vivida en el PADEC.
4. Hábleme sobre el rol que usted asume en el PADEC.
5. Hábleme de las limitantes o dificultades que se viven en el PADEC.
6. Hábleme sobre las fortalezas del PADEC.
7. Cual considera que es el impacto en la salud de la población beneficiaria del PADEC.
8. Hábleme sobre los elementos que, desde su perspectiva, deben modificarse en el PADEC.
9. Hábleme sobre el rumbo que debe tomar el PADEC.
 - a. Hábleme de qué posibilidades existen para que el PADEC pudiera extender su cobertura y replicarse en otras instituciones de salud pública.

ANEXO 7



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Enfermería
Unidad de Posgrado e Investigación
Maestría en Administración de la Atención de Enfermería



FOLIO:

GUÍA DE ENTREVISTA A PERSONAL OPERATIVO

AL ENTREVISTADO: El presente instrumento tiene como objetivo, recabar información valiosa que contribuirá a para la obtención información que contribuya a la Identificación de aspectos relevantes sobre el funcionamiento, desde su perspectiva, del Programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (PADEC). La información obtenida a través de esta fuente, será de carácter confidencial, de manera que las respuestas que usted proporcione serán de utilidad para lograr el objetivo marcado, en la elaboración de una propuesta de Sistematización del cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México.

1. Hábleme sobre el Programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (PADEC).
2. Hábleme de su experiencia vivida en el PADEC.
3. Hábleme sobre el rol que usted asume en el PADEC.
4. Hábleme de las limitantes o dificultades que se viven en el PADEC.
5. Hábleme sobre las fortalezas del PADEC.
6. Hábleme sobre los elementos que, desde su perspectiva, deben modificarse en el PADEC.
7. Hábleme sobre el rumbo que debe tomar el PADEC.
 - a. Hábleme de qué posibilidades existen para que el PADEC pudiera extender su cobertura y replicarse en otras instituciones de salud pública.

ANEXO 8



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Enfermería
Unidad de Posgrado e Investigación
Maestría en Administración de la Atención de Enfermería



FOLIO:

GUÍA DE ENTREVISTA A USUARIOS

AL ENTREVISTADO: El presente instrumento tiene como objetivo, recabar información valiosa que contribuirá a para la obtención información que contribuya a la Identificación de aspectos relevantes sobre el funcionamiento, desde su perspectiva, del Programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (PADEC). La información obtenida a través de esta fuente, será de carácter confidencial, de manera que las respuestas que usted proporcione serán de utilidad para lograr el objetivo marcado, en la elaboración de una propuesta de Sistematización del cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México.

1. Hábleme sobre el Programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (PADEC).
2. Hábleme de su experiencia vivida en el PADEC.
3. Dígame su opinión acerca del PADEC
4. Razones y circunstancias que lo llevaron a ser usuario del PADEC
5. Hábleme sobre el rol que usted asume en el PADEC.
6. Explíqueme que ventajas e inconvenientes ha tenido como usuario del PADEC.
7. Desde su perspectiva, en que debe cambiar el PADEC.
8. Que alternativas de atención para la salud tiene además del PADEC.
9. Hábleme de su estado de salud y como éste ha cambiado desde que es usuario del PADEC.
10. Me podría decir cómo se siente al ser usuario del PADEC.

ANEXO 9



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Enfermería
Unidad de Posgrado e Investigación
Maestría en Administración de la Atención de Enfermería



FOLIO:

GUÍA DE ENTREVISTA A CUIDADORES DE USUARIOS

AL ENTREVISTADO: El presente instrumento tiene como objetivo, recabar información valiosa que contribuirá a para la obtención información que contribuya a la Identificación de aspectos relevantes sobre el funcionamiento, desde su perspectiva, del Programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (PADEC). La información obtenida a través de esta fuente, será de carácter confidencial, de manera que las respuestas que usted proporcione serán de utilidad para lograr el objetivo marcado, en la elaboración de una propuesta de Sistematización del cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México.

1. Hábleme sobre el Programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (PADEC).
2. Hábleme de su experiencia vivida en el PADEC.
3. Dígame su opinión acerca del PADEC
4. Razones y circunstancias que llevaron a su familiar a ser usuario del PADEC
5. Hábleme sobre el rol que usted asume en el PADEC.
6. Explíqueme que ventajas e inconvenientes ha tenido del PADEC.
7. Desde su perspectiva, en que debe cambiar el PADEC.
8. Que alternativas de atención para la salud tiene su familiar además del PADEC.
9. Hábleme cómo ha cambiado el estado de salud de su familiar desde que es usuario del PADEC.
10. Me podría decir cómo se siente al tener un paciente en casa.
11. Como se han organizado las actividades en su hogar para atender a un paciente crónico.

ANEXO 10



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Enfermería
Unidad de Posgrado e Investigación
Maestría en Administración de la Atención de Enfermería



FOLIO:

GUÍA DE ENTREVISTA A PERSONAL DIRECTIVO

AL ENTREVISTADO: El presente instrumento tiene como objetivo, recabar información valiosa que contribuirá a para la obtención información que contribuya a la Identificación de aspectos relevantes sobre el funcionamiento, desde su perspectiva, del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Programmes soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*. La información obtenida a través de esta fuente, será de carácter confidencial, de manera que las respuestas que usted proporcione serán de utilidad para lograr el objetivo marcado, en la elaboración de una propuesta de Sistematización del cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México.

1. Hábleme sobre el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi du programme soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*.
2. A qué responde la creación del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Pourquoi le programme a été établi pour soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*.
3. Hábleme de su experiencia vivida en el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi de votre expérience dans le programme soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*.
4. Hábleme sobre el rol que usted asume en el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi du rôle*

vous assumez dans le programme programmes soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.

5. Hábleme de las limitantes o dificultades que se viven en el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi des limitations ou des difficultés qui sont expérimentés dans le programme soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*
6. Hábleme sobre las fortalezas del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi de points forts du programme soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*
7. Cual considera que es el impacto en la salud de la población beneficiaria del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Quel est l'impact sur la santé de la population le programmes soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*
8. Hábleme sobre los elementos que, desde su perspectiva, deben modificarse en el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi des éléments qui, à leur avis, devraient être modifiés dans le programme soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*
9. Hábleme sobre el rumbo que debe tomar el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi de la direction que vous devez prendre le programmes soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*

ANEXO 11



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Enfermería
Unidad de Posgrado e Investigación
Maestría en Administración de la Atención de Enfermería



FOLIO:

GUÍA DE ENTREVISTA A PERSONAL OPERATIVO

AL ENTREVISTADO: El presente instrumento tiene como objetivo, recabar información valiosa que contribuirá a para la obtención información que contribuya a la Identificación de aspectos relevantes sobre el funcionamiento, desde su perspectiva, del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Programmes soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*. La información obtenida a través de esta fuente, será de carácter confidencial, de manera que las respuestas que usted proporcione serán de utilidad para lograr el objetivo marcado, en la elaboración de una propuesta de Sistematización del cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México.

1. Hábleme sobre el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi du programme soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*
2. Hábleme de su experiencia vivida en el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi de votre expérience dans le programme soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*
3. Hábleme sobre el rol que usted asume en el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi du rôle que vous assumez dans le programmes soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*

4. Hábleme de las limitantes o dificultades que se viven en el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi des limitations ou des difficultés qui sont expérimentés dans le programme soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*
5. Hábleme sobre las fortalezas del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi de points forts du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*
6. Hábleme sobre los elementos que, desde su perspectiva, deben modificarse en el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi des éléments qui, à leur avis, devraient être modifiés dans le programme soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*
7. Hábleme sobre el rumbo que debe tomar el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi de la direction que vous devez prendre le programme soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*

ANEXO 12



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Enfermería
Unidad de Posgrado e Investigación
Maestría en Administración de la Atención de Enfermería



FOLIO:

GUÍA DE ENTREVISTA A USUARIOS

AL ENTREVISTADO: El presente instrumento tiene como objetivo, recabar información valiosa que contribuirá a para la obtención información que contribuya a la Identificación de aspectos relevantes sobre el funcionamiento, desde su perspectiva, del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Programmes soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.* La información obtenida a través de esta fuente, será de carácter confidencial, de manera que las respuestas que usted proporcione serán de utilidad para lograr el objetivo marcado, en la elaboración de una propuesta de Sistematización del cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México.

1. Hábleme sobre el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi du programme soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*
2. Hábleme de su experiencia vivida en el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi de votre expérience dans le programme soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*
3. Dígame su opinión acerca del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Dites-moi votre opinion sur le programme soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*

4. Razones y circunstancias que lo llevaron a ser usuario del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Raisons et les circonstances qui ont conduit d'être patient dans le programmes soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*
5. Hábleme sobre el rol que usted asume en el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi du rôle vous assumez dans le programme programmes soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*
6. Explíqueme que ventajas e inconvenientes ha tenido del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Expliquer ce qui a des avantages et des inconvénients dans le programme soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*
7. Desde su perspectiva, en que debe cambiar el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *De leur point de vue doit changer le programmes soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*
8. Que alternativas de atención para la salud tiene además del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *En plus de le programmes soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique cette alternative des soins de santé avoir pour votre attention.*
9. Hábleme de su estado de salud y como éste ha cambiado desde que es usuario del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi comment il a changé votre santé à partir de celle trouvée dans le programmes soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*
10. Me podría decir cómo se siente al ser usuario del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Pouvez-vous me dire comment il se sent pour être patient du programme soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*

ANEXO 13



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Enfermería
Unidad de Posgrado e Investigación
Maestría en Administración de la Atención de Enfermería



FOLIO:

GUÍA DE ENTREVISTA A CUIDADORES DE USUARIOS

AL ENTREVISTADO: El presente instrumento tiene como objetivo, recabar información valiosa que contribuirá a para la obtención información que contribuya a la Identificación de aspectos relevantes sobre el funcionamiento, desde su perspectiva, del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Programmes Soutien á l'autonomie des personnes âgées et Déficience physique*. La información obtenida a través de esta fuente, será de carácter confidencial, de manera que las respuestas que usted proporcione serán de utilidad para lograr el objetivo marcado, en la elaboración de una propuesta de Sistematización del cuidado a domicilio a pacientes con enfermedad crónica en México.

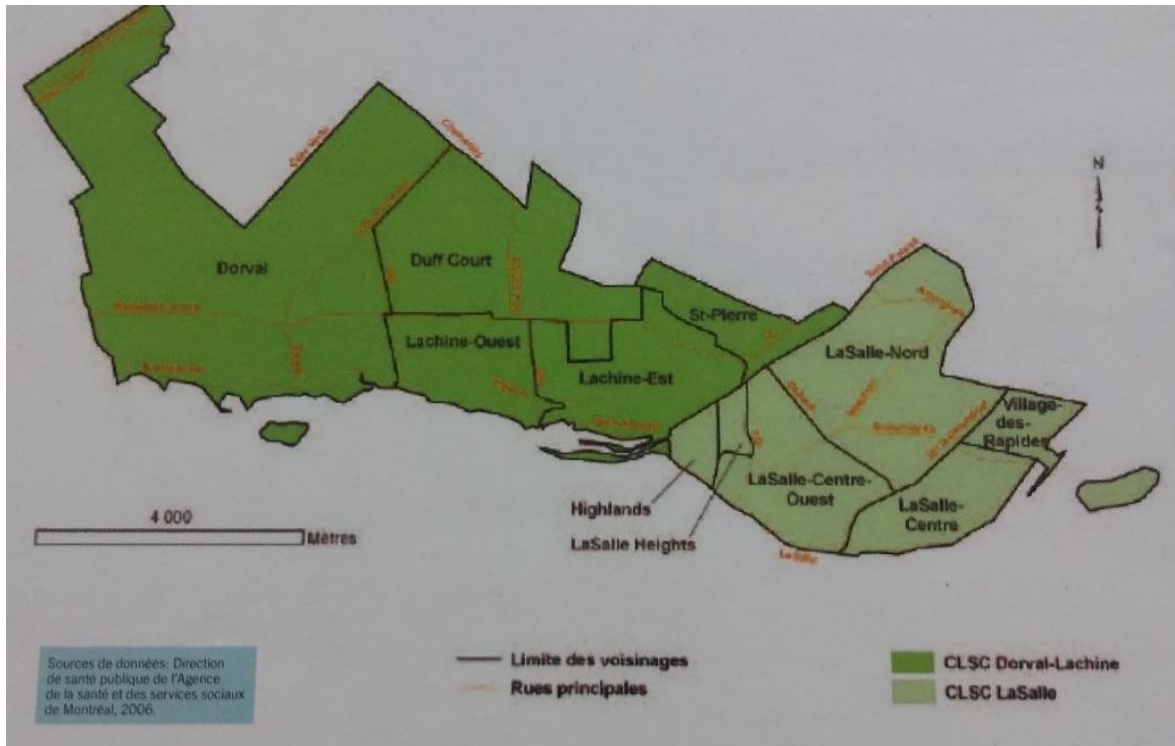
1. Hábleme sobre el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi du programme soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*.
2. Hábleme de su experiencia vivida en el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi de votre expérience dans le programme soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*.
3. Dígame su opinión acerca del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Dites-moi votre opinion sur le programme soutien á l'autonomie des personnes âgées et déficience physique*.

4. Razones y circunstancias que llevaron a su familiar a ser usuario del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Raisons et les circonstances qui ont conduit à sa famille d'être patient dans le programme soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*
5. Hábleme sobre el rol que usted asume en el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi du rôle vous assumez dans le programme programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*
6. Explíqueme que ventajas e inconvenientes ha tenido del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Expliquer ce qui a des avantages et des inconvénients dans le programme soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*
7. Desde su perspectiva, en que debe cambiar el programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *De leur point de vue doit changer le programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*
8. Que alternativas de atención para la salud tiene su familiar además del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *En plus de le programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique cette alternative des soins de santé avoir pour votre patient.*
9. Hábleme cómo ha cambiado el estado de salud de su familiar desde que es usuario del programa de apoyo a la autonomía de las personas mayores y discapacidad física. *Parlez-moi comment il a changé l'état de santé pour votre patient à partir de celle trouvée dans le programmes soutien à l'autonomie des personnes âgées et déficience physique.*
10. Me podría decir cómo se siente al tener un paciente en casa. *Pouvez-vous me dire comment il se sent d'avoir un patient à la maison.*

11. Como se han organizado las actividades en su hogar para atender a un paciente crónico. *Parlez-moi des activités à la maison pour s'occuper du patient.*

ANEXO 15

MAPA DEL ÁREA DE RESPONSABILIDAD DEL CENTRO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DORVAL-LACHINE-LASALLE



PROYECTO:

PROGRAMA DE CUIDADO DOMICILIARIO AL ADULTO MAYORE CON ECNT “CUIDAMECNT”

Dirigido a:

Instituciones del sistema público sanitario en México

Presentado por:

L.E.O Estefanía Fajardo González

8-30-2017

INDICE

I. Introducción	3
II. Marco Institucional	4
2.1 Marco Jurídico.....	4
2.2 Vinculación con PND 2013-2018	4
III. Diagnóstico de salud	6
3.1 Problemática	6
3.2 Retos.....	6
IV. Organización del Programa	8
4.1 Misión.....	8
4.2 Visión	8
4.3 Objetivos	8
4.4 Estrategias y líneas de acción	9
4.5 Estructura y niveles de responsabilidades	11
4.6 Etapas para la instrumentación y estrategia de implantación operativa.....	13
4.6.1 Planeación	13
4.6.2 Difusión.....	15
4.6.3 Capacitación	16
4.6.4 Operación y organización	17
4.6.5 Supervisión: Sistema de monitoreo y seguimiento	18
4.7 Metas del programa	18
V. Modelo operativo	20
5.1 Ingreso al programa.....	20
5.2 Permanencia en el programa.....	22
5.3 Evaluación de resultados del Plan de Cuidados	22

VI. Perfiles, objetivos y funciones de los intervinientes del equipo de salud.

..... 23

6.1 Enfermera (o) profesional 23

6.2 Licenciado(a) en Nutrición 24

6.3 Licenciado(a) en Trabajo social 25

6.4 Fisioterapeuta 26

6.5 Cuidador principal 27

6.6 Paciente 29

6.7 Médico(s) tratante 30

I. Introducción

Los cuidados de las personas se han resuelto históricamente en el seno de las familias, pero las necesidades de cuidado no son las mismas ni tampoco las personas que pueden prestarlos.

Los cambios en la fecundidad, los procesos de envejecimiento de la población y las migraciones, impactan en el tamaño de los hogares, en las estructuras familiares, en la composición de los hogares, en las relaciones entre sus miembros y en su bienestar. Las transformaciones culturales, los procesos de individualización y secularización diluyen los lazos familiares tradicionales, incidiendo en las demandas de cuidado y en las posibilidades de satisfacerlas²⁴.

En la actualidad solo el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se encuentra operando un programa para brindar cuidado domiciliario al enfermo crónico. El programa de atención domiciliaria al enfermo crónico (PADEC) fue instituido en 1990 para brindar atención a derechohabientes del IMSS con secuelas de accidentes vasculares cerebrales, con patologías en fase terminal, en estado neurovegetativo y que requieran de dispositivos médicos, con secuelas postquirúrgicas. En general pacientes que por su estado de salud no puedan ser movilizados fuera de su domicilio³⁶.

La presentación de la evidencia y recomendaciones en el presente proyecto corresponde a la información obtenida de la tesis de grado de la L.E.O. Estefanía Fajardo González así como de revisiones sistemáticas de estudios complementarios, que fueron usadas como punto de referencia.

Con las acciones realizadas y las estrategias propuestas se pretende tomar en cuenta los determinantes positivos de la población de adultos mayores con ECNT que se encuentran aún en su domicilio, y así lograr el fortalecimiento e impulso de esta población vulnerable.

II. Marco Institucional

2.1 Marco Jurídico

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en el Artículo 4 que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definido y reglamentado en la Ley General de Salud que estipula los lineamientos para el acceso a los servicios de salud.

En relación con el Envejecimiento, se dispone de manera específica con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores publicada en el D.O.F. 25-VI-2002 la cual fue reformada el 26-I-2005, 26-I-2006 así como la Ley General para la Igualdad entre mujeres y hombres publicado en el D.O.F. 02-VIII-2006 y con el Plan de acción específico para el envejecimiento.

2.2 Vinculación con PND 2013-2018

El Plan Nacional de Desarrollo vigente enmarca acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud tomando en cuenta aspectos institucionales y sociales que permitan incorporar las acciones de los profesionales de la salud y de las personas, emite un pronunciamiento a hacer corresponsables de los aspectos saludables a todos los usuarios del sistema.

Dentro de sus objetivos especifica que no solo se debe mejorar el acceso a la salud sino cerrar las brechas para reducir los riesgos asegurando el uso efectivo de los recursos de un sistema sanitario que se ve forzado a cambiar hacia la universalidad para que pueda ser capaz de dar respuesta a las necesidades de la población.

En el objetivo 1 *“Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades”*. Este objetivo establece estrategias que deben ser tomadas en cuenta para mejorar las condiciones de vida de las y los mexicanos en proceso de envejecimiento.

El punto 1.2.5 *“adecuar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad”*. Deja en claro que se deben

buscar las medidas necesarias para controlar las enfermedades crónicas, para lo cual es necesario dar seguimiento a los pacientes y así evitar la presencia de complicaciones derivadas de éstas patologías.

Este proyecto se podría considerar una medida para lograr la estrategia 1.7 que especifica las acciones que se deben tomar en cuenta para lograr el envejecimiento activo y saludable que dignifique y mejore la calidad de vida de los adultos mayores. Dicha estrategia establece las acciones y responsabilidades de los involucrados.

III. Diagnóstico de salud

3.1 Problemática

Aproximadamente en el mundo hay 605 millones de personas de más de 60 años, proporción que seguirá aumentando durante las próximas décadas. Para el año 2025 se estima que habrá 1,200 millones de personas de la tercera edad en todo el mundo y dos de cada tres vivirán en países en desarrollo².

Para el 2013 en México existían 118,395,054 habitantes de los cuales 3,101,182 corresponden al grupo de edad de mayores de 75 años y que para el 2015 éste mismo grupo de edad será de 3,291,708. Lo cual nos habla del ascenso de la población con relación a la esperanza de vida y se estima que va de 74.51 años para el 2013 hasta 74.95 para el 2015⁶.

Debido a esto, se debe de considerar que se los adultos mayores puedan vivir con dignidad, seguridad y cuidado constante para motivar y lograr que puedan ser funcionales hasta la conclusión de su ciclo vital.

El envejecimiento se da a diferentes niveles, molecular, celular, psicológico y psico-social⁷. Este factor resulta en algunos casos adyacente la presencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)^{8,9,6} a las que puede sumarse la dependencia por cuestiones de la edad o de la propia enfermedad que curse¹⁰.

En ese sentido, resulta importante formar al personal de salud sobre la atención domiciliaria de las personas de la tercera edad, para prevenir y tratar las enfermedades crónicas. Mediante una propuesta que facilite el trabajo y cuando el paciente egresa de las unidades hospitalarias o de las consultas médicas.

El cuidado que se brinde deberá ser por parte de un equipo multidisciplinario tomando en cuenta el beneficio del paciente, familia y comunidad en donde el individuo vive y se desarrolla.

3.2 Retos

El principal reto al que se enfrenta el programa es lograr el cambio en los usos y costumbres que se tienen con respecto al cuidado domiciliario, a la atención por el

personal de salud y la responsabilidad que adquieren los pacientes y familiares como usuarios del sistema sanitario de un país.

Cuidar implica el actuar en favor de la vida y las condicionantes propias del individuo que modifican el estado de salud y su capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria.

Esta tesis muestra como en México aún las actividades que realiza el equipo multidisciplinario dependen si o si de la visión y perspectiva del personal profesional que es encuentre en determinado momento con el usuario y no de una integración de conocimientos y habilidades en favor de un plan de cuidados de larga duración como lo necesita un paciente adulto mayor con ECNT.

El personal de salud debe llevar a cabo una práctica sanitaria tomando en cuenta al paciente y cuidador(es) como parte integral del equipo ya que, como se demostró con este trabajo, es en quien en determinado momento recae la efectividad de las acciones propuestas por el equipo de salud.

Lograr que en México se pueda entender que el equipo de salud es un facilitador, así como que la figura principal del equipo de salud será un profesional de enfermería es esencial para el logro del programa. Si se logra, reflejará un cambio cultural importante y radical no solo para la profesión de enfermería sino para la comunidad, que ahora entenderá la razón de ser de este gremio y permitirá el empoderamiento hacia la misma de quienes integran esta profesión.

IV. Organización del Programa

Para propósitos de este proyecto se definirá atención domiciliaria como la asistencia médica y social impartida por profesionales sanitarios, socios auxiliares y familiares en el hogar, a pacientes Adultos Mayores (AM) con Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT) que requieren cuidados de mediana complejidad y que además se encuentran en situación de dependencia física y/o mental.

4.1 Misión

Ser un Programa que establezca y unifique estrategias y lineamientos en materia de cuidado domiciliario a los adultos mayores que padezcan ECNT a través de actividades de acompañamiento, educación y asistencia, en medidas de control, prevención de enfermedades y promoción de la salud, lograr una atención integral de calidad y un envejecimiento activo y saludable en la población mexicana.

4.2 Visión

Ser un Programa de excelencia, líder nacional en la atención, prevención y control domiciliario de las ECNT que presentan los adultos mayores, capaz de cumplir con su misión en un ambiente de trabajo interdisciplinario que fomente el desarrollo humano, logrando la satisfacción entre los usuarios internos y externos.

4.3 Objetivos

Objetivo General

Estandarizar las acciones del personal de salud multidisciplinario y favorecer la toma de decisiones para mejorar la atención domiciliaria a los adultos mayores con padecimientos crónicos y progresivos, mejorando con esto la calidad de vida del paciente, la familia y la sociedad.

Objetivos específicos

- Establecer los niveles de responsabilidad de los involucrados en el cuidado domiciliario.
- Establecer las estrategias sobre para el abordaje de las ECNT en el hogar.

- Proporcionar al profesional de la salud los elementos más importantes para el abordaje del adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible como paciente en el cuidado domiciliario.
- Describir los criterios para incluir a un paciente en cuidado domiciliario.
- Definir la capacitación al personal de salud, el cuidador informal y el paciente sobre la importancia del adecuado manejo, seguimiento y control en el hogar.

4.4 Estrategias y líneas de acción

Para lograr el envejecimiento activo de los ancianos con ECNT se deben tomar en cuenta las determinantes favorables a la salud de los Adultos mayores con ECNT en estancia domiciliaria, a fin de poder establecer las estrategias y líneas de acción necesarias en el cuidado de este grupo poblacional.

Equidad en la atención médica y en el acceso al servicio. Cada subsistema sanitario del país deberá contar con planes de atención para los adultos mayores que requieran cuidado en su domicilio, de manera accesible acorde a las necesidades físicas, sociales y psicológicas del paciente, de manera gratuita conforme a la oferta de servicios que presta.

Incremento en la cobertura sanitaria. Será necesario tener un registro actual y fidedigno de los adultos mayores con ECNT a fin de establecer los mecanismos necesarios para dar respuesta a las necesidades sanitarias garantizando así la atención oportuna y el seguimiento controlado de los ancianos para disminuir sus limitaciones. Con un aumento en la cobertura se permitirá la mejora en el control y seguimiento de pacientes con ECNT.

Reducción de complicaciones de ECNT. La atención y el monitoreo continuo de los ancianos permitirá la disminución de exacerbaciones en el estado de salud de los pacientes que ocasionen un aumento en los costos de atención intrahospitalaria, reducirá los costos de operación del segundo y tercer nivel de atención permitiendo así una mejora en la calidad de atención a la vez que se

reducen los gastos de bolsillo por complicaciones y agravamiento de los padecimientos ya diagnosticados.

Hogar seguro para el paciente, el cuidador, la familia y personal sanitario.

Toda persona necesita un hogar seguro a fin de disminuir los riesgos potenciales que pudiera tener. En el caso del adulto mayor con ECNT, esto requiere mayor atención y vigilancia, ya que sus necesidades para la consecución de las actividades de la vida diaria le requieren un grado mayor de complejidad, esto debido a cambios funcionales propios de la edad.

Los cambios deberán ser básicos y acorde a las necesidades de todos quienes conviven con él a fin de garantizar la seguridad de cada uno de los integrantes de la vida del adulto mayor.

Acceso al Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención dirigido a personas y familias.

Este programa permitirá llevar hasta el hogar los servicios ofertados por el sistema sanitario. El paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para los adultos mayores¹ comprende acciones encaminadas a la detección temprana, atención oportuna y disminución de complicaciones. El llevarlos a los hogares permitirá garantizar que estas acciones pueden mejorar la vida de los adultos mayores así como mejorará su independencia y permanencia en la comunidad el mayor tiempo posible.

Roles, responsabilidades, relaciones y actividades equitativas.

Las actividades y responsabilidades que cada uno de los integrantes de este programa realizará permitirá una atención integral y consolidación del equipo encargado del cuidado del paciente, conforme a las necesidades reales que éste tenga a fin de garantizar la atención efectiva con calidad, integridad y respeto hacia el adulto mayor, la familia y el equipo de salud.

Mejora de los hábitos dentro del hogar.

Los hábitos favorables son el eje principal para lograr el apego a los tratamientos y una mejora en la condición de salud del paciente, de ahí la importancia del acercamiento del personal sanitario al hogar, si el personal de salud puede observar el medio en donde el paciente vive,

podrá realizar las adecuaciones necesarias para mejorar la salud y preservar al paciente dentro de su hogar.

Reducción del consumo de medicina alternativa, drogas ilegales y drogas médicas no prescritas para la atención de la enfermedad. Al estar cerca del paciente se podrá identificar la influencia del entorno y en como éste influye en el tratamiento, tanto en el apego como en el consumo de sustancias alternativas para tratar la misma patología o como suplementos. Permitirá al prestador del servicio la identificación de problemas reales y potenciales durante el consumo de sustancias alternativas, así como controlar las reacciones medicamentosas adversas así como la interacción farmacológica que pudiera existir al consumir diferentes sustancias prescritas y no prescritas.

4.5 Estructura y niveles de responsabilidades

Se requiere contar con un sistema que permita la consolidación del equipo multidisciplinario, el cual sepa abordar al paciente no solo en su estado patológico sino durante el proceso de envejecimiento.

Se propone crear un sistema de atención domiciliaria al Adulto Mayor con Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT) teniendo un equipo multidisciplinario dentro de las instituciones públicas que sea capaz de categorizar las necesidades del paciente con el fin de dar respuesta priorizada, estandarizada y holística. Esto permitirá el reforzamiento de la estructura del sistema sanitario para lo cual es necesario tomar en cuenta lo siguiente:

- Se propone que las instituciones públicas de salud sean las encargadas de la supervisión de los equipos operativos, dentro de su área de responsabilidad, como se establece en la micro regionalización con que opera el programa de vacunación universal.
- En este proyecto se identificaron 7 perfiles básicos para operar el programa de atención domiciliaria. Y 5 más que funcionaran como personal de asesoría y apoyo para el equipo principal.

- Será responsabilidad de cada institución el manejo, distribución, reclutamiento, capacitación y organización de los equipos necesarios, para garantizar el adecuado funcionamiento.
- Es necesaria la participación activa de cada integrante del equipo para garantizar la evaluación de necesidades correcta y evitar los juicios de valor en la valoración del paciente y elaboración del plan de cuidados.
- Propiciar la celebración de convenios y acuerdos con organizaciones gubernamentales, civiles y de formación profesional y técnica, para impulsar el desarrollo y la participación en materia de investigación, proyectos de mejora y programas de prevención de ECNT, así como también la sensibilización hacia el cuidado del adulto mayor.
- Integrar las Normas Oficiales Mexicanas en materia de prevención, tratamiento y control de las ECNT, así como en materia de cuidado al AM, y las que corresponden a cada profesional, además de vigilar su cumplimiento.
- El equipo multidisciplinario de atención domiciliaria tendrá como responsabilidad la adecuada implementación del programa, trabajando conforme a la filosofía, objetivos y metas mencionados en el. Deberá integrar toda la información que resulte de la atención del paciente así como de realizar mejoras al mismo, a fin de poder garantizar la innovación y uso óptimo de las tecnologías y recursos a su alcance.

Integrantes

- Médico(a) Geriatra
- Enfermera(o) profesional, (Especialista en Geriatria o Licenciada(o) en Enfermería)
- Licenciada(o) en Nutrición
- Licenciada(o) en Trabajo social
- Fisioterapeuta
- Técnica(o) en enfermería
- Paciente

Personal de apoyo

- Asistente administrativo
- Familiar del paciente
- Médico(s) tratante(s)
- Personal auxiliar
- Otros profesionales

4.6 Etapas para la instrumentación y estrategia de implantación operativa

4.6.1 Planeación

Para lograr un adecuado funcionamiento del programa es necesario clasificar los componentes del programa para su implementación adecuada. Así como establecer los mecanismos de ingreso y permanencia.

Profesionales de la salud involucrados “Intervinientes”	<ul style="list-style-type: none">• Enfermera(o) profesional, (Especialista en Geriatria o Licenciada(o) en Enfermería)• Licenciada(o) en Nutrición• Licenciada(o) en Trabajo social• Fisioterapeuta• Técnica(o) en enfermería• Médico(a) tratante• Asistente administrativo <p>Así como el personal de apoyo mencionado en el apartado 4.5</p>
Nombre de operación del programa	Programa de cuidado domiciliario al adulto mayor con enfermedad crónico no trasmisible “CUIDAMECNT”
Categoría de atención	Primer nivel como principal operador del programa; segundo y tercer nivel de atención como mecanismo de referencia y contra referencia dependiendo de las necesidades del paciente.

Usuarios internos potenciales	Personal dedicado a la salud en contacto con los pacientes que requieren cuidado domiciliario, personal profesional del equipo ubicados en el 1er y 2do círculo del organigrama (apartado 4.6.2)
Tipo de organización desarrolladora	Instituciones públicas de Salud en México
Población blanco	Adultos mayores incapacitados y que además estén diagnosticados con alguna enfermedad crónica no transmisible.
Fuente de financiamiento	Esta dependerá directamente de la asignación del presupuesto correspondiente a cada subsistema
Costos de operación	<p>Se debe entender como el costo aproximado dividido en costos de recursos humanos y costos materiales del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos \$783,562.08 • Recursos materiales \$45,714.06 <p>Costo total del programa en 1 año \$829,276.14</p> <p>Tablas de presupuesto (Apéndice 1 y 2)</p>
Intervenciones y actividades consideradas	Cuidados sobre: medicación prescrita, seguridad e higiene en el hogar, tratamiento no farmacológico, vigilancia en el apego a las indicaciones, seguimiento de metas, vigilancia y apoyo al cuidador principal.
Impacto esperado en la salud	Oportunidad en la atención a los pacientes que requieren cuidado domiciliario.

	<p>Control adecuado en los signos y síntomas en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.</p> <p>Percepción de la dinámica en que vive y se desarrolla el paciente.</p> <p>Disminución en los tiempos de estancia prolongada en los servicios hospitalarios.</p> <p>Disminución en el número de complicaciones de ECNT por desapego al tratamiento.</p> <p>Uso racional de los recursos para la salud en pacientes que requieren atención continua.</p> <p>Mejora en la calidad de vida.</p> <p>Satisfacción del paciente, del cuidador y/o familia y del personal de salud con el proceso de atención en cuidado domiciliario.</p> <p>Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de otras enfermedades.</p>
--	---

4.6.2 Difusión

Las instituciones en las que opere el programa serán las encargadas de realizar la difusión para que los usuarios puedan identificar fácilmente los mecanismos de entrada al programa. De ellos también dependerá la integración del equipo multidisciplinario de primer contacto, acorde a sus mecanismos de reclutamiento, selección y contratación de personal.

La difusión a la población deberá ser por medio de carteles y folletos en donde se clarifique como se realizará el acceso al programa y que servicios se ofertarán. Debe especificar que los cuidados que brindará este equipo de salud son de mediana complejidad y de larga duración.

4.6.3 Capacitación

Para la capacitación en la operación del programa se deben identificar 2 momentos la primera etapa será para la identificación de los componentes del programa y la operación del mismo. La segunda será de manera continua mientras el programa se encuentre en funcionamiento.

Etapas	Dirigida a:	Elementos sobre los que se capacitará
Adiestramiento en el programa	Personal profesional a cargo de la operación del programa. Auxiliar administrativo. Médico familiar (para facilitar la detección de los pacientes y el acceso al programa)	Realización del diagnóstico de salud para detectar a la población blanco. Orientación sobre el mecanismo de ingreso al programa. Criterios de inclusión y permanencia en el programa. Evaluación de necesidades de cuidado en domicilio, para la validación de los criterios de inclusión del paciente. Establecimiento del plan de cuidados acorde a las necesidades identificadas en la valoración del paciente. Tipo de oferta de servicios en el domicilio: actividades específicas y recursos con que contarán para realizar sus actividades. Establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo así como niveles de actuación y responsabilidad por perfil y por

		necesidades de paciente.
Permanente	Usuarios del programa	<p>Derechos y obligaciones como usuarios del programa.</p> <p>Establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo así como niveles de actuación y responsabilidad por perfil y por necesidades de paciente.</p> <p>Mecanismos de utilización del programa de cuidado en domicilio al AM con ECNT, criterios de atención y servicios ofertados.</p>

4.6.4 Operación y organización

La integración del equipo de trabajo permitirá articular los componentes del programa necesarios para el adecuado funcionamiento, para lograrlo es necesario establecer el tipo de organización, los tramos de control y las funciones de cada participante operativo en el programa.

La unidad de organización se formó una vez que se define el trabajo, las personas y los clientes potenciales de la organización, se pretende lograr una cohesión completa del equipo y así como de los clientes externos por lo que este programa operará mediante líneas Staff teniendo como base un organigrama circular².

Se conservará la autoridad y responsabilidad del jefe del equipo, sin embargo esta autoridad recibirá asesoramiento de cada profesional especializado en una función determinada. Y se trabajara por proyectos llamados planes de cuidado para cada paciente, en función de las metas establecidas en trabajo interdisciplinario para cada caso.

Organigrama del equipo operativo (intervinientes)

Cada uno de los intervinientes mencionados en el organigrama tiene funciones específicas y de colaboración dentro del programa, tal como se describe en el apartado 6 de este proyecto (Figura 1).

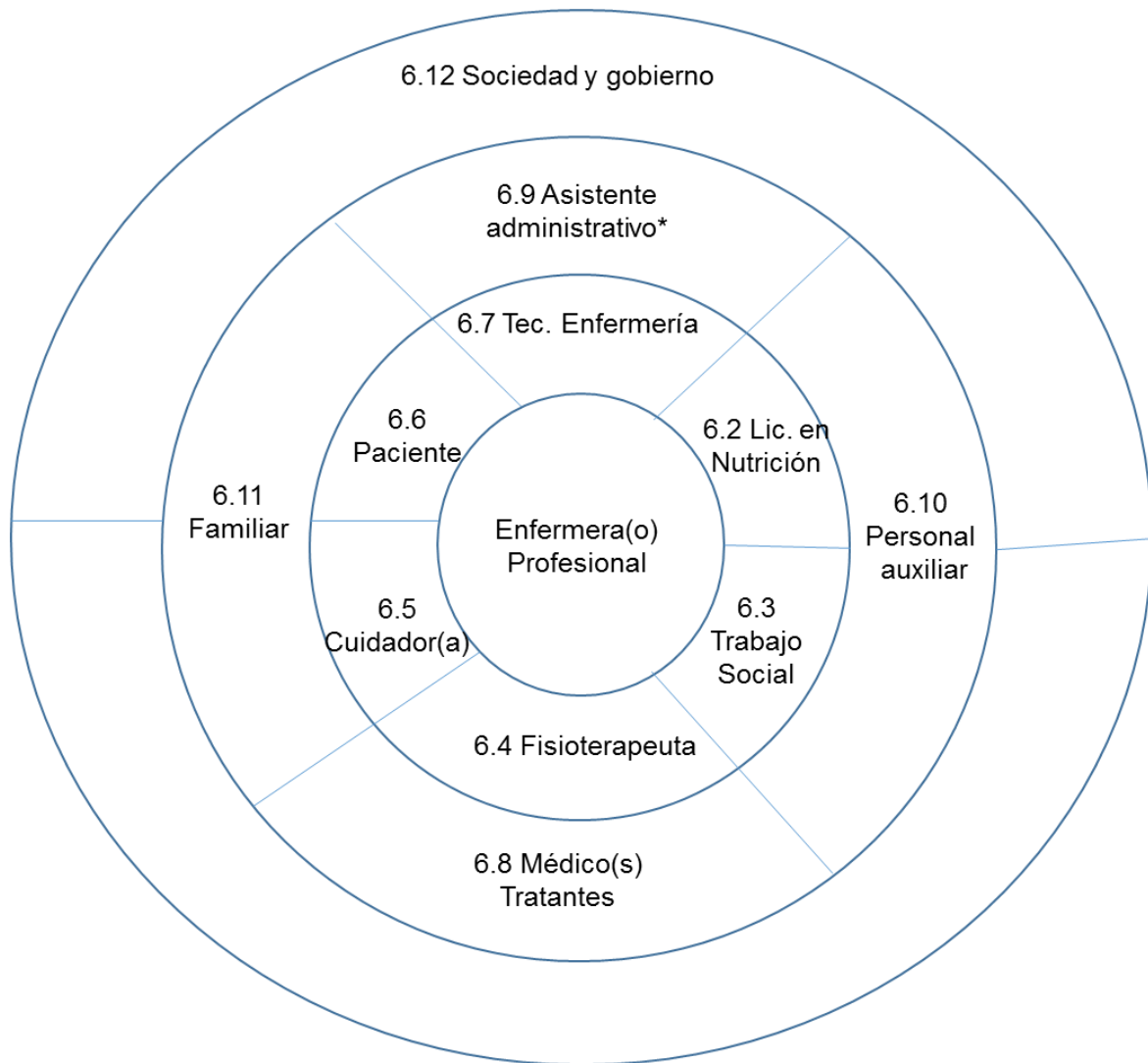


Figura 1. Organigrama del equipo operativo

4.6.5 Supervisión: Sistema de monitoreo y seguimiento

El programa será supervisado por el personal que cada una de las instituciones designe conforme a su estructura organizacional, se recomienda que dependa directamente de las jefaturas de enfermería de primer nivel pero que se conserve comunicación directa con las jefaturas de otros departamentos, a fin de lograr el cuidado integral del usuario.

4.7 Metas del programa

Fomentar las determinantes favorables a la salud de los Adultos mayores con ECNT en estancia domiciliaria.

Aumentar el grado de autonomía para la realización de sus actividades de la vida diaria.

Apoyar y guiar el apego al tratamiento para evitar la exacerbación de los problemas médicos pre-existentes que desencadenen la necesidad de cuidados de alta complejidad en unidades del 2do y 3er nivel de atención.

V. Modelo operativo

5.1 Ingreso al programa.

El programa dependerá del primer nivel de atención de cada uno de los subsistemas, se valora el ingreso toda vez que cumpla con los criterios de inclusión, los cuales pueden ser identificados por cualquier personal de salud en contacto con el paciente.

Si el paciente se encuentra ambulatorio, de manera personal podrá solicitar a la unidad médica correspondiente la valoración para determinar si es apto para su ingreso al programa, así también la solicitud podrá ser realizada por el familiar o cuidador.

Criterios de inclusión

- Edad del paciente mayor o igual a 60 años
- Padecimiento de ECNT como generador de dependencia: DM2, demencia, osteoartritis, caídas, insuficiencia renal, EVC, EPOC, complicaciones por HTA, síndrome geriátrico.
- Existencia del estado de dependencia funcional del AM.
- Estado de fragilidad del anciano
- Estado de dependencia, moderado o severo según el índice de valoración de Barthel (apéndice 3)^{3, 4}.
- Que el paciente y la familia accedan a recibir visitas domiciliarias por parte de del equipo multidisciplinario.
- Que el paciente, cuidador y familia accedan a ser parte del equipo de atención y se integren a las actividades y al establecimiento de metas.

Valoración e ingreso al programa

Una vez que el personal de salud identifique que el paciente a su cargo cumple con los criterios de inclusión al programa deberá proceder a la referencia del paciente al servicio de cuidado domiciliario, en donde se le realizará una valoración para establecer nuevamente si la información reportada es congruente con la realidad del paciente.

En esta etapa comienza el trabajo del equipo a cargo del programa de cuidado domiciliario, quienes deberán de evaluar y avalar el ingreso de cada uno de los pacientes dentro del domicilio, a fin de asegurar que la información recolectada es real y que permitirá el trabajo adecuado del equipo de salud a fin de garantizar la efectividad de las intervenciones.

El equipo multidisciplinario debe hacer uso de diversos formatos para garantizar la eficacia en las intervenciones. Se deben identificar las necesidades específicas de cada usuario a fin de poder establecer adecuadamente el plan de cuidados con cada paciente.

En esta etapa se identifican 4 formatos que integran el expediente inicial del programa:

- 1) Evaluación integral del AM en domicilio (apéndice 4). Esta herramienta es proporciona los elementos esenciales para la valoración integral del AM con ECNT en su domicilio con el objetivo de desarrollar un plan de cuidados que facilite el seguimiento del estado de salud del anciano.

Es multidimensional ya que engloba en una sola valoración aspectos biopsicosociales y funcionales permitiendo una adecuada priorización de necesidades del AM con ECNT. Lo permite un control de los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad.

- 2) Plan de cuidados específico para el paciente (apéndice 5). Permite la estandarización de la atención dentro y fuera de las unidades médicas, a partir de una identificación y priorización de las necesidades reales y potenciales del paciente, que influyen directa o indirectamente en su apego a los tratamientos y mejora en las condicionantes de vida.

Esta es la herramienta de soporte y seguimiento principal del estado general del AM con ECNT en casa. Los integrantes del equipo multidisciplinario conocerán y desarrollarán las intervenciones de manera interdisciplinaria permitiendo que el paciente sea vigilado, monitoreado y atendido como un todo, incluidos en este sus gustos, necesidades y objetivos de salud y personales.

- 3) Carta compromiso (apéndice 6). Documento de respaldo para el equipo de salud que atestigua la responsabilidad que adquiere el paciente, familia y cuidador para garantizar la ejecución eficiente del plan de cuidados dentro del domicilio.
- 4) Consentimiento informado (apéndice 7). Tal y como lo expresa la Comisión Nacional de Bioética *“es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud”*⁵.

Es importante que dentro de las unidades de atención sanitaria se conozca y difunda el diagrama de flujo para ingreso de pacientes al programa (apéndice 8) con la finalidad de que sean fácilmente identificados los mecanismos de ingreso y permanencia dentro del mismo.

5.2 Permanencia en el programa

Se propone que cada caso sea re evaluado de manera anual, esto permitirá al equipo de salud realizar las adecuaciones al programa así como también proveerá de la información necesaria para poder sostener y justificar la permanencia de cada uno de los AM beneficiados.

5.3 Evaluación de resultados del Plan de Cuidados

Los resultados serán presentados conforme a los tiempos establecidos por el equipo responsable del cuidado del paciente. Permitiendo así la autonomía del equipo para la ejecución de las actividades, tomando en cuenta la autogestión que tengan de cada caso y de acuerdo al número de intervinientes del equipo de salud.

Las evaluaciones deben ser periódicas con el fin de poder realizar de manera oportuna las adecuaciones necesarias para cada caso. Cabe mencionar que cada uno de los integrantes del equipo podrá realizar interconsultas con otros miembros del equipo de salud dentro y fuera del mismo, y así realizar las modificaciones al plan de cuidados de manera oportuna.

VI. Perfiles, objetivos y funciones de los intervinientes del equipo de salud.

6.1 Enfermera (o) profesional

Enfermera(o) coordinador del equipo de atención domiciliaria al paciente crónico con enfermedad crónica no transmisible, persona responsable en la ejecución de las tareas y reportes ante las autoridades sanitarias competentes.

Perfil:

- Nivel de estudios.- Licenciatura en Enfermería preferentemente con especialidad en geriatría o gerontología.
- Experiencia.- cuidado al adulto mayor y cuidado al paciente con ECNT, así como en elaboración de planes de cuidado.
- Habilidades.- gestión de recursos, investigación, docencia, trabajo en equipo, manejo de crisis y facilidad para trabajar con pacientes geriátricos.

Objetivo:

Coordinar y actuar en las actividades para la elaboración y ejecución del plan de cuidados integral del paciente.

Funciones:

- Valoración primaria de necesidades generales de cuidado del AM con ECNT en su domicilio, para verificar su ingreso al programa.
- Validación del caso para el ingreso y continuidad en el programa.
- Análisis de necesidades por caso.
- Planeación de las actividades en conjunto con el equipo multidisciplinario.
- Organización y asignación de los recursos disponibles.
- Programar las actividades en conjunto con los integrantes del equipo.
- Coordinar las actividades de capacitación a la familia.
- Coordinar las actividades de capacitación del equipo de trabajo.
- Monitorear el desempeño y alcance de metas, del equipo y por caso.
- Empezar acciones correctivas en caso de ser necesario.
- Desarrollo de investigación y estudios de casos.

- Procesamiento de datos y validación de registros clínicos.
- Orientación al paciente, familia y resto de los involucrados en el cuidado del paciente sobre las técnicas y procedimientos realizados.
- Asesoría al resto del equipo.
- Participar en programas de mejora continua.
- Participar en eventos académicos y de gestión.
- Trabajar con ética y en base a la normativa institucional, local, estatal y federal.

6.2 Licenciado(a) en Nutrición

Personal profesional que estudia la alimentación humana y la relación de esta con los procesos químicos, biológicos y metabólicos que se desarrollan en el organismo del AM con ECNT.

Perfil:

- Nivel de estudios.- Licenciatura en Nutrición.
- Experiencia.- nutrición del adulto mayor y del paciente con ECNT, así como en elaboración de planes de alimentación.
- Habilidades.- gestión de recursos, investigación, docencia, trabajo en equipo, manejo de crisis y facilidad para trabajar con pacientes geriátricos.

Objetivo:

Prescripción del plan nutricional, conforme a la valoración clínica, el tratamiento, las preferencias y disponibilidad de alimentos, así como, actor en las actividades para la ejecución del plan de cuidados integral del paciente.

Funciones:

- Valoración nutricional AM con ECNT para establecer el plan de tratamiento específico para el caso.
- Planeación de las actividades en conjunto con el equipo multidisciplinario.
- Organización y asignación de los recursos disponibles.
- Programar las actividades en conjunto con los integrantes del equipo.

- Coordinar las actividades de capacitación a la familia.
- Coordinar las actividades de capacitación del equipo de trabajo.
- Monitorear el desempeño y alcance de metas, del paciente.
- Desarrollo de investigación y estudios de casos.
- Procesamiento de datos y validación de registros clínicos.
- Orientación al paciente, familia y resto de los involucrados en el cuidado del paciente sobre las técnicas y procedimientos realizados.
- Asesoría al resto del equipo.
- Participar en programas de mejora continua.
- Participar en eventos académicos y de gestión.
- Trabajar con ética y en base a la normativa institucional, local, estatal y federal.

6.3 Licenciado(a) en Trabajo social

Personal profesional capacitado en el análisis de las determinantes sociales que afectan la dinámica del adulto mayor en su familia y comunidad, con el objetivo de lograr la inclusión del paciente en proceso de envejecimiento y con ECNT en todos los ámbitos de su vida y contexto.

Perfil:

- Nivel de estudios.- Licenciatura en trabajo social.
- Experiencia.- trabajo con pacientes y familiares en situación de enfermedad crónica.
- Habilidades.- gestión de recursos, investigación, docencia, trabajo en equipo, manejo de crisis y facilidad para trabajar con pacientes geriátricos.

Objetivo:

Valoración de las necesidades sociales, familiares, c, así como, actor en las actividades para la ejecución del plan de cuidados integral del paciente.

Funciones:

- Valoración nutricional AM con ECNT para establecer el plan de tratamiento específico para el caso.
- Planeación de las actividades en conjunto con el equipo multidisciplinario.
- Organización y asignación de los recursos disponibles.
- Programar las actividades en conjunto con los integrantes del equipo.
- Coordinar las actividades de capacitación a la familia.
- Coordinar las actividades de capacitación del equipo de trabajo.
- Monitorear el desempeño y alcance de metas, del paciente.
- Desarrollo de investigación y estudios de casos.
- Procesamiento de datos y validación de registros clínicos.
- Orientación al paciente, familia y resto de los involucrados en el cuidado del paciente sobre las técnicas y procedimientos realizados.
- Asesoría al resto del equipo.
- Participar en programas de mejora continua.
- Participar en eventos académicos y de gestión.
- Manejo oportuno en casos de violencia o maltrato.
- Trabajar con ética y en base a la normativa institucional, local, estatal y federal.

6.4 Fisioterapeuta

Personal profesional encargado del funcionamiento óptimo del sistema músculo esquelético del AM favoreciendo la independencia y disminución de riesgos del paciente en sus Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Perfil:

- Nivel de estudios.- Licenciatura en Terapia Física.
- Experiencia.- manejo y recuperación del estado físico del AM con ECNT, así como en elaboración de planes de rehabilitación y fortalecimiento músculo esquelético.

- Habilidades.- gestión de recursos, investigación, docencia, trabajo en equipo, manejo de crisis y facilidad para trabajar con pacientes geriátricos.

Objetivo:

Valoración del estado físico del paciente para la ejecución del plan de cuidados integral del paciente que permita el estado óptimo y máximo nivel de independencia para la ejecución de las AVD.

Funciones:

- Valoración del estado del sistema músculo esquelético.
- Valoración de los riesgos potenciales que pueden agudizar el nivel de dependencia del AM.
- Planeación de las actividades en conjunto con el equipo multidisciplinario.
- Organización y asignación de los recursos disponibles.
- Programar las actividades en conjunto con los integrantes del equipo.
- Coordinar las actividades de capacitación a la familia.
- Coordinar las actividades de capacitación del equipo de trabajo.
- Monitorear el desempeño y alcance de metas, del paciente.
- Desarrollo de investigación y estudios de casos.
- Procesamiento de datos y validación de registros clínicos.
- Orientación al paciente, familia y resto de los involucrados en el cuidado del paciente sobre las técnicas y procedimientos realizados.
- Asesoría al resto del equipo.
- Participar en programas de mejora continua.
- Participar en eventos académicos y de gestión.
- Trabajar con ética y en base a la normativa institucional, local, estatal y federal.

6.5 Cuidador principal

Persona no profesional, familiar o trabajador particular, encargado del cuidado continuo al paciente así como apoyo a en sus AVD.

Perfil:

- Nivel de estudios.- básico
- Experiencia.- no necesaria, preferentemente con conocimientos sobre el manejo del AM con ECNT, con o sin vínculo personal con el paciente.
- Habilidades.- gestión de recursos, trabajo en equipo, manejo de crisis y facilidad para trabajar con el paciente.

Objetivo:

Asegurar la continuidad en el manejo del paciente, facilitar el apego a los tratamientos, apoyo en las AVD y acompañamiento al AM.

Funciones:

- Planeación de las actividades en conjunto con el equipo multidisciplinario.
- Organización y asignación de los recursos disponibles.
- Programar las actividades en conjunto con los integrantes del equipo.
- Monitorear el estado físico y mental del paciente.
- Orientación al paciente sobre las técnicas y procedimientos realizados.
- Apoyo en la ejecución de las AVD.
- Participar en la toma de decisiones para mejorar el estado de salud del paciente.
- Observar e informar eventualidades de manera inmediata al equipo multidisciplinario.
- Acudir a las capacitaciones sobre el manejo del paciente cuando se le requiera.
- Acompañar durante las valoraciones clínicas al paciente a fin de constatar hallazgos, proporcionar información y estar informado del estado del paciente.
- Asegurar el trato digno al paciente y vigilar el estado social en que se encuentra.
- Comunicar oportunamente casos de violencia o maltrato.

- Trabajar con ética y en base a la normativa institucional, local, estatal y federal.

6.6 Paciente

Persona de 60 años de edad o mayor, que cursa con un proceso patológico crónico no transmisible, que requiere atención domiciliaria debido a que se encuentra en estado de dependencia.

Perfil:

- Edad mayor o igual a 60 años
- Aceptar la introducción al programa de atención domiciliaria
- Ser derechohabiente del sistema público sanitario
- Cursar con ECNT y encontrarse en estado de dependencia (Índice de Barthel)
- Tener valoración por parte del coordinador del equipo de atención a fin de verificar la necesidad y la viabilidad de la atención.

Objetivo:

Comprometerse al apego del tratamiento, así como al establecimiento de las metas en la elaboración del plan de cuidados para su continuidad en el programa.

Funciones:

- Participar en la toma de decisiones para mejorar su estado de salud.
- Planeación de las actividades en conjunto con el equipo multidisciplinario.
- Organización y asignación de los recursos a su disposición.
- Programar las actividades en conjunto con los integrantes del equipo.
- Monitorear su estado físico, si le es posible.
- Ejecución de las AVD de manera independiente, si procede.
- Observar e informar eventualidades de manera inmediata al equipo multidisciplinario.
- Tratar con respeto al personal que dirige su cuidado.

- Comunicar situaciones que no correspondan a su manejo y seguimiento, ej. maltrato, errores u omisiones.

6.7 Médico(s) tratante

Médico general y/o especialista en medicina familiar, así como médicos especialistas en patologías crónicas que estén a cargo del paciente, ya sean por referencia del médico familiar o por elección del paciente y familiar.

Perfil:

- Personal con formación en medicina general y especialistas en medicina de familia, geriatría y patologías crónicas.

Objetivo:

Prescripción de indicaciones médicas, conforme a la valoración clínica y el tratamiento acorde al padecimiento del AM, así como, actor en las actividades para la elaboración y ejecución del plan de cuidados integral del paciente.

Funciones:

- Valoración clínica AM con ECNT para establecer el plan de tratamiento médico específico para el caso.
- Planeación de las actividades en conjunto con el equipo multidisciplinario.
- Capacitación al equipo de trabajo en el manejo del paciente, en caso de ser necesario.
- Monitorear el estado hemodinámico del paciente.
- Desarrollo de investigación y estudios de casos.
- Orientación al paciente, familia y resto de los involucrados en el cuidado del paciente sobre las técnicas y procedimientos realizados.
- Asesoría al resto del equipo.
- Participar en programas de mejora continua.
- Procesamiento de datos y validación de registros clínicos.
- Trabajar con ética y en base a la normativa institucional, local, estatal y federal.

VIII. Bibliografía

¹D.R. Secretaría de Salud; Manual del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud Primera edición, agosto 2011; México D.F; Cap 1 [p.105-140].

² Reyes Ponce, A.; Administración Moderna; Ed. Limusa, 2005; México D.F; ISBN: 968-18-4214-6; Cap 9 [p.275-327].

³ Trigas Ferrin M, Ferreira González L, Meijide Míguez H; Escalas de valoración funcional en el anciano; Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-16; Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>

⁴ Bejines-Soto M, Velasco-Rodríguez R, García-Ortiz L, Barajas-Martínez A, Aguilar-Núñez LM, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Rev Enferm Inst Mex Seg Soc. 2015;23(1):9-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>

⁵ Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Secretaria de Salud, 2010. [Pág. 60]

Apéndice 1**TABLA DE PRESUPUESTO DE RECURSOS HUMANOS
PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA CUIDAMECNT**

Recursos Humanos				
Categoría	Jornada	Sueldo mensual	Personal por día	Gasto total por mes
Enfermera profesional	8hrs	\$ 5,452.74	2	\$ 10,905.48
Lic. Nutrición	8hrs	\$ 5,361.92	2	\$ 10,723.84
Lic. Trabajo social	8hrs	\$ 5,361.92	2	\$ 10,723.84
Fisioterapeuta	8hrs	\$ 5,817.80	2	\$ 11,635.60
Téc. Enfermería	8hrs	\$ 4,512.74	2	\$ 9,025.48
Asistente administrativo	8hrs	\$ 4,512.74	2	\$ 9,025.48
Personal auxiliar*	8hrs	\$ 3,628.56	2	\$ 7,257.12
Total por mes para ambos turnos				\$ 69,296.84
Total anual				\$ 783,562.08

Apéndice 2

TABLA DE PRESUPUESTO DE RECURSOS MATERIALES PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA CUIDAMECNT

Recursos materiales				
DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	PRECIO BRUTO	TOTAL INSUMOS	TOTAL COSTOS
Antiséptico y germicida agua oxigenada en concentración del 2.5 a 3.5%	Envase con 480 ml	\$ 5.45	24	\$ 130.80
Aguja hipodérmica con pabellón luer- lock hembra de plástico, desechable: longitud 32 mm, calibre 20 g.	Envase con 100 piezas	\$ 47.10	9	\$ 423.90
Aguja hipodérmica con pabellón luer- lock hembra de plástico, desechable: longitud 32 mm, calibre 21 g.	Envase con 100 piezas	\$ 45.47	9	\$ 409.23
Antiséptico y germicida alcohol desnaturalizado.	Envase con 1 litro	\$ 21.81	24	\$ 523.44
Antiséptico y germicida iodopovidona, espuma. Cada 100 ml contiene: iodopovidona 8 g	Envase con 3.5 litros	\$ 125.45	36	\$ 4,516.20
Detergente o limpiador mono enzimático compuesto de cloruro de dodecil o didecil dimetilamonio, sobre con 20 gramos.	Envase con 12 bolsas de 20 g.	\$ 182.70	24	\$ 4,384.80
Bolsa de papel grado médico para esterilizar con gas o vapor con tratamiento antibacteriano, con reactivo	Envase con 1000 piezas	\$ 409.25	1	\$ 409.25

químico impreso y sistemas de apertura. Medidas 7.5 x 23.0 x 4.0 cm				
Bolsa de papel grado médico para esterilizar con gas o vapor con tratamiento antibacteriano, con reactivo químico impreso y sistemas de apertura medidas 18.0 x 33.0 x 6.0 cm.	Envase con 1000 piezas.	\$ 990.23	1	\$ 990.23
Cepillo para lavado de instrumental con cerdas de fibra vegetal, lechuguilla.	Pieza.	\$ 11.60	48	\$ 556.80
Cinta testigo para esterilización en vapor a presión tamaño: 18 mm x 50 mts.	Rollo	\$ 32.89	10	\$ 328.90
Cinta microporosa, de tela no tejida, unidireccional, de color blanco, con recubrimientos adhesivos en una de sus caras. Longitud 10 m, ancho 5.00 cm.	Envase con 6 rollos	\$ 66.50	6	\$ 399.00
Gasa seca cortada, de algodón largo 7.5 cm, ancho 5 cm.	Envase con 200 piezas	\$ 42.51	15	\$ 637.65
Gasa seca cortada, de algodón largo 10 cm, ancho 10 cm.	Envase con 200 piezas	\$ 79.76	15	\$ 1,196.40
Guantes para exploración, ambidiestro, estériles de látex, desechable tamaño: mediano	Envase con 100 piezas	\$ 124.82	30	\$ 3,744.60
Hoja para bisturí de acero inoxidable estéril y desechable, en empaque individual no. 15	Caja con 100 piezas	\$ 121.54	4	\$ 486.16
Equipo para venoclisis. Sin aguja, estéril, desechable. Normogotero.	Equipo	\$ 3.83	1000	\$ 3,830.00
Jalea lubricante aséptica	Envase con 135 g	\$ 10.05	12	\$ 120.60

Jeringa de plástico, sin aguja con pivote tipo luer lock, estéril y desechable, capacidad 5 ml, escala graduada en ml divisiones de 1.0 y subdivisiones de 0.2.	Envase con 100 piezas	\$ 103.94	9	\$ 935.46
Jeringa de plástico con pivote tipo luer lock, con aguja, estériles y desechable capacidad 10 ml, escala graduada en ml, divisiones de 1.0 y subdivisiones de 0.2 con aguja de: longitud 32 mm, calibre 21 g.	Pieza	\$ 1.62	1000	\$ 1,620.00
Jeringa de plástico grado médico, con pivote tipo luer lock, capacidad de 3 ml, con aguja calibre 22 g y 32 mm de longitud. Estéril y desechable.	Pieza	\$ 1.08	1000	\$ 1,080.00
Cubre bocas para uso en área hospitalaria desechable	Envase con 150 piezas	\$ 32.28	25	\$ 807.00
Tela adhesiva de acetato con adhesivo en una de sus caras longitud 10 m, ancho 5.00cm.	Envase 6 piezas	\$ 151.40	24	\$ 3,633.60
Termómetro clínico, de vidrio transparente, con mercurio químicamente puro, escala graduada en grados centígrados	Pieza	\$ 8.53	12	\$ 102.36
Algodón torundas	Envase con 500 g	\$ 43.85	24	\$ 1,052.40
Tubo para torniquete de látex, color ámbar, con espesor de la pared de 1.13 a 1.37 mm	Metro	\$ 12.79	120	\$ 1,534.80
Venda elástica de tejido plano; de algodón con fibras sintéticas longitud 5 m, ancho 5 cm.	Envase con 12 piezas	\$ 24.24	10	\$ 242.40
Venda elástica de tejido plano; de algodón con fibra sintética longitud 5 m, ancho 10 cm.	Envase con 12 piezas	\$ 47.75	10	\$ 477.50

Termómetro de agua automático, grados Celsius y Fahrenheit, batería 18 meses	Pieza	\$ 58.56	4	\$ 234.24
Catéter para venoclisis de poliuretano periférico, con cámara de reflujo con diseño ergonómico y transparente, radiopacidad encapsulada, con aguja long. 28-34 mm cal. 20 g.	Caja con 50 piezas	\$ 479.08	20	\$ 9,581.60
Gasto total anual de material				\$44,389.32

Apéndice 3

ÍNDICE DE BARTHEL: Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	*Totalmente independiente	10
	*Necesita ayuda para cortar la carne, el pan u otro alimento	5
	*Dependiente	0
Lavarse	*Independiente: entra y sale solo del baño	5
	*Dependiente	0
Vestirse	*Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	*Necesita ayuda	5
	*Dependiente	0
Arreglarse	*Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse.	5
	*Dependiente	0
Deposiciones (valoración de la semana previa)	*Continencia normal	10
	*Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	5
	*Incontinencia total	0
Micción (valoración de la semana previa)	*Continencia normal	10
	*Un episodio máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar la sonda vesical	5
	*Incontinencia total	0
Usar el retrete	*Independiente para ir al baño, quitarse y ponerse la ropa	10
	*Necesita ayuda para ir al baño, pero se asea y seca solo	5
	*Dependiente	0
Trasladarse	*Independiente para ir del sillón a la cama	15
	*Mínima ayuda o supervisión para hacerlo	10
	*Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	*Dependiente	0
Deambular	*Independiente, camina solo 50 mts	15
	*Necesita ayuda física o supervisión para caminar	10
	*Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	*Dependiente	0
Escalones	*Independiente para bajar y subir escaleras	10
	*Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	*Dependiente	0
Total		

*Información recolectada del paciente o cuidador principal

* Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
<20	Total
20- 35	Severo
40- 55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Apéndice 4

**EVALUACIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR CON ECNT EN DOMICILIO
(EIAM)**

No. de evaluación

No. expediente

Fecha de evaluación		
día	mes	año

NOMBRE DEL PACIENTE:

SEXO:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

No. DE SEGURIDAD SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE
REFERENCIA
DOMICILIO DEL PACIENTE

Calle

No. Ext

No. Int

Colonia

C.P.

Municipio

Estado

País

TÉLEFONO FIJO
TEL. CELULAR
TEL.
EMERGENCIA

**FECHA DE
NACIMIENTO**

día

mes

año

DX. MÉDICO DEL PACIENTE

INTERVINIENTES

Nombre/ Firma/ Cédula de quien aplica la evaluación

1. Estado de Salud

1.1. Área médico- biológica

1.1.1. Padecimiento(s) actual(es) (se incluyen todas las patologías que el AM cursa al momento de la valoración haciendo clara referencia entre las crónicas y las agudas y el tiempo de duración de cada una)

1.1.2. Medicación prescrita y no prescrita que consume (incluir los suplementos alimenticios y remedios caseros o herbolarios; los medicamentos prescritos anotar nombre comercial y genérico; describir claramente los efectos adversos que presenta el paciente)

Nombre	Dosis y frecuencia	Prescrito		Efectos adversos que presenta
		si	no	

Comentarios (agregar datos de importancia para el manejo del paciente; por ejemplo: el paciente prefiere consumir productos herbolarios en lugar de la medicación prescrita)

1.2. Salud física (Señalar en la casilla [SI] cuando el paciente presenta dificultad, [No] si no se observan problemas que limiten o modifiquen negativamente el estado de salud del paciente; si marco [SI] anote en los renglones la situación detectada y si hace uso de dispositivos de ayuda, por ejemplo: lentes, aparatos auditivos, oxígeno, etc)

Peso: _____ Talla: _____ I.M.C _____
T.A _____ FC _____ FR _____ T° _____

1.2.1. Función respiratoria [SI][NO]

1.2.2. Función cardiovascular [SI][NO]

1.2.3. Función digestiva [SI][NO]

1.2.4. Función sensorial (visión y audición principalmente) [SI][NO]

1.2.5. Función urinaria

[SI][NO]

1.2.6. Función nutricional (aplicar MNA adjunto, anotar puntuación y observaciones) [SI][NO]

Puntuación Mini Nutritional Assessment (MNA) _____

1.2.7. Estado de inmunización (En observaciones anotar si está presentó reacciones adversas; si está programada una próxima dosis anotar la fecha con lápiz)

Vacuna	Fecha de última aplicación	Observaciones
Anti-neumocócica		
Anti-influenza		
TD		
Otra:		

1.3. Salud mental y psico-afectiva**1.3.1. Evaluación cognitiva** (aplicar MMSE adjunto, anotar puntuación y observaciones) [SI][NO]

Puntuación Mini Examen Mental Modificado (MMSE) _____

1.3.2. Evaluación-Depresión (aplicar GDS adjunto, anotar puntuación y observaciones) [SI][NO]

Puntuación Escala de Depresión Geriátrica Abreviada (GDS) _____

1.3.3. Evaluación-Delirium (aplicar CAM adjunto, anotar puntuación y observaciones) [SI][NO]

Puntuación Método de Evaluación de Confusión (CAM) _____

2. Evaluación Funcional**2.1. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)**

Puntuación índice de Katz (IK) _____

Grado	Puntuación	Tipo de incapacidad
A-B	0-1	Ausencia de incapacidad o incapacidad leve
C-D	2-3	Incapacidad moderada
E-G	4-6	Incapacidad severa

Marcar con una "X" el valor (cero o uno) según corresponda a cada elemento de los puntos 2.1.1. al 2.1.6. a partir de lo observado en la valoración y sumar al final el total y clasificar en el grado de incapacidad. Anotar las observaciones relevantes y los cuidados especiales en cada uno de los apartados correspondientes.

2.1.1. Baño

IK	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	0
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	1

Comentarios:

2.1.2. Vestido

IK	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	0
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	1

Comentarios:

2.1.3. Uso del W.C

IK	Independiente. Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	0
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	1

Comentarios:

2.1.4. Movilidad

IK	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo. Puede subir y bajar las escaleras por sí solo o con asistencia mínima. Se puede desplazar en el interior de la casa sin ayuda	0
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos. No puede subir y bajar escaleras	1

Comentarios:

2.1.5. Continencia

IK	Independiente. Control completo de micción y defecación.	0
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación. Usa dispositivos de drenaje vesical/estoma	1

Comentarios:

2.1.6. Alimentación

IK	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	0
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	1

Comentarios:

Régimen alimentario cotidiano

Leche y productos lácteos [SI][NO] Frutas y legumbres [SI][NO]
Pan y cereales [SI][NO] Carnes [SI][NO]
Cantidad de líquido al día _____ vasos o lts.
Dieta especial [SI][NO] especificar _____

La dieta le satisface al paciente [SI][NO] en caso negativo anotar el porqué. _____

Horarios de comida: Desayuno _____ Comida _____

Cena _____ Refrigerios/colaciones _____

Usualmente con quien come _____

Dentición (dolor, dificultad para masticar, uso de prótesis, pérdida de piezas dentales sin remplazo) _____

Consumo de sustancias

Consumo de suplementos alimenticios [SI][NO]
Tabaco [SI][NO] Alcohol [SI][NO] Otras drogas [SI][NO]

2.1.7. Sueño

Presenta dificultades para conciliar el sueño [SI][NO]

Esta en tratamiento para trastornos del sueño [SI][NO]

Tipo de tratamiento _____

Hábitos de sueño (horarios, compañía, tipo de habitación, etc) _____

2.2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

2.2.1. Trabajo [SI][NO]

2.2.2. Es capaz de manejar su propio dinero (incluir acudir a realizar pagos) [SI][NO]

2.2.3. Puede tomar su medicamento solo [SI][NO]

2.2.4. Puede hacer las tareas de la casa [SI][NO]

2.2.5. Maneja automóvil [SI][NO]

2.2.6. Tiene actividades de ocio (Especificar cuales) [SI][NO]

3. Riesgo de caídas

3.1. Factores intrínsecos

Edad	Mayor de 65 años	
Factores fisiológicos del envejecimiento	Marcha senil	
	Desaferentación parcial del SNC	
	Disminución del desplazamiento de la cadera y tobillo	
	Alteraciones de la percepción sensitiva	
	Inseguridad al caminar / desequilibrio	
	Disminución del control muscular y aparición de rigidez músculo esquelética	
	Deformaciones de los pies	
	Aumento de la xifosis dorsal	
	Alteraciones neuroendocrinas	
	Enfermedad psiquiátrica	
	Enfermedad Neurológica	
	Enfermedad músculo esqueléticas	
	Enfermedad cardiovascular	
	Enfermedad metabólica	
Hábitos tóxicos		
Otro		

3.2. Factores extrínsecos

Arquitectónicos	Escalones a la entrada del baño / regadera	
	Ausencia de barras de sujeción en baño y área de regadera	
	Área de regadera con piso deslizante sin tapete antiderrapante	
	Escaleras o rapas sin antiderrapantes	
	Escaleras con escalones irregulares	
	Lavabos y retretes muy bajos	
	Pisos dispares	
	Piso de la casa deslizante	
Equipo mobiliario y	Interruptores de luz fuera de alcance	
	Sistema de iluminación descompuesto	

	Mobiliario obstaculizando pasillos o áreas de paso	
	Silla de baño mojada, resbaladiza o ausencia de ésta (silla desplegable)	
	Presencia de cables, cordones y obstáculos en general	
	Ausencia de dispositivos específicos para la deambulación, bastones, muletas y andaderas con faltantes de gomas en los puntos de apoyo	
	Utilización de sillas de ruedas, bombas de infusión o cualquier otro equipo de rodamiento para la deambulación	
	Necesita cama o camilla con barandales laterales	
	Camillas o sillas de ruedas con frenos en mal estado o no funcionales	
	Falta de mantenimiento de los sistemas de seguridad	
	Cambios bruscos de postura, incorporar al paciente de forma rápida	
	Movilización del paciente sin ayuda de otra persona	
	Falta de orientación al paciente, cuidador y familiar sobre las medidas de seguridad	
	Falta de orientación al paciente, cuidador y familiar sobre el uso de los dispositivos de apoyo.	
	Se suele dejar el piso mojado cuando se realizan las tareas de limpieza	
	Uso de medicamentos psicotrópicos	
	Presencia de eventos adversos con el uso de medicamentos	

4. Evaluación socio-familiar

4.1.1. Historia social (ocupación, estado civil, escolaridad, compañeros de vivienda, dependientes económicos, familiar o asociación de la que dependa para subsistir, etc) **[SI][NO]**

4.1.2. Medio familiar

Composición de la familia (edad, sexo, lugar de residencia genograma): _____

Dinámica de la familia (interacciones del paciente con sus familiares; satisfacción del usuario con respecto a su familia; como afecta a la familia la situación del paciente; indicadores de abuso, violencia o negligencia)

Cuidador(es) primarios (implicación, percepción de la situación, agotamiento, expectativas, etc)

Recursos sociales (amigos, vecinos, colegas, etc): _____

Dinámica de las relaciones sociales (interacción del paciente con los miembros de su entorno social, satisfacción del usuario con respecto a estas relaciones; etc): _____

Autoestima: _____

Sexualidad: _____

Sistema de creencias (religiosas, morales, políticas, etc): _____

5. Entorno del paciente

5.1. Condiciones de vivienda (espacio, higiene, descripción general) **[SI][NO]**

5.2. Seguridad ambiental (en el hogar y en la comunidad) **[SI][NO]**

5.3. Accesibilidad (barreras arquitectónicas dentro y fuera del hogar, transporte, etc) **[SI][NO]**

5.4. Proximidad a los servicios sociales y sanitarios **[SI][NO]**

Objetivo(s) del equipo de salud									
Objetivo del paciente									
Intervenciones		Responsable(s) de la intervención		Fecha programada	Fecha de ejecución	Observaciones			

Nombre y Firma de los involucrados en el cuidado (incluir firma del familiar y cuidadores del paciente; el paciente debe firmar en caso que se encuentre funcional y sea participe en la toma de decisiones):

Apéndice 6

CARTA COMPROMISO

Nombre del usuario _____

Fecha de ingreso _____ No. de expediente _____

A la fecha de firma de esta carta, se acepta ser beneficiario del programa de cuidado domiciliario, siendo participe activo en el desarrollo, ejecución y evaluación de las actividades que se establecerán en un plan de cuidados adaptado específicamente para el usuario (paciente) adulto mayor con enfermedad crónica no trasmisible.

Las actividades se llevarán a cabo en el domicilio _____

_____ lugar en el que actualmente reside el cliente. Para lo que se establecerá un cronograma de actividades dentro de los horarios y días laborables marcados para el personal sanitario. El resto del tiempo será responsabilidad del cliente, familia y cuidador principal mantener la continuidad de las intervenciones propuestas.

Será compromiso de todos los intervinientes trabajar en equipo con ética y cordialidad dentro y fuera del domicilio; así también, se deberá informar cualquier cambio, eventualidad, alteración a fin de mantener la seguridad y calidad en el servicio.

ATENTAMENTE

FIRMA DEL USUARIO

FIRMA DEL COORDINADOR
DEL EQUIPO EN DOMICILIO

FIRMA DEL CUIDADOR PRINCIPAL

FIRMAS DE LOS INTERVINIENTES:

FIRMA DEL TESTIGO DEL PACIENTE

Apéndice 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del usuario _____

Fecha de ingreso _____ No. de expediente _____

He solicitado y aceptado se brinden los servicios de cuidado domiciliario para el/la Sr./Sra. _____ que se consideren necesarios dentro del domicilio ubicado en _____ . En coordinación con la unidad médica _____ a la cual es derechohabiente.

He sido informado/a por el personal del programa sobre la naturaleza y propósito del plan de cuidados anexado a mi expediente médico y del cual soy participe activo en la toma de decisiones y establecimiento de objetivos.

He discutido los beneficios que el cuidado domiciliario tiene en mi caso, entre ellos:

_____ .

Tuve la oportunidad de discutir las complicaciones, riesgos y obligaciones de la atención en mi domicilio, explicándome las alternativas posibles y estableciendo acuerdos con el equipo de salud.

Por la presente consiento el cuidado domiciliario brindado por un equipo multidisciplinario establecido por el programa, en donde se podrá solicitar la intervención de profesionales independientes para su asesoría, en cuyo caso se me informará con oportunidad a fin de tener la decisión de aceptar o rechazar dicha atención.

Entiendo que mi atención y tratamiento será establecida en un plan de cuidados multidisciplinario específico a mis necesidades de atención.

Autorizo al personal calificado a realizar las actividades asistenciales y docentes que sean competencia de su profesión y cualificación; y que se encuentren indicados en el plan de cuidados teniendo la seguridad de que serán reportados en mi expediente en tiempo y forma.

Soy consiente que las condiciones de salud son variables por lo que reconozco que a pesar de que se me han informado los objetivos y plan de trabajo deseados en el

cuidado domiciliario, no se me ha garantizado la obtención al 100% de los mismos, no habiéndose realizado promesa alguna respecto a resultados de curación.

Entiendo que puedo negarme al tratamiento o retirar mi consentimiento en cualquier momento.

He tenido la oportunidad de leer y discutir este consentimiento con el responsable del equipo de cuidado domiciliario he podido realizar preguntas, por lo que consiento al plan de tratamiento propuesto.

ATENTAMENTE

Por parte del paciente:

Por parte de la Institución:

FIRMA DEL USUARIO

FIRMA DEL COORDINADOR
DEL EQUIPO EN DOMICILIO

FIRMA DEL CUIDADOR PRINCIPAL

FIRMA DEL TESTIGO DEL PACIENTE

Apéndice 8

DIAGRAMA DE FLUJO PARA EL INGRESO AL PROGRAMA

