

**PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD
EN FAMILIAS CON PACIENTES QUE PADECEN INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA TERMINAL DEL SERVICIO DE TERAPIA RENAL
CRUZ ROJA HUILA**

ADRIANA PATRICIA TAMAYO ZAPATA

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
GERENCIA EN SALUD FAMILIAR INTEGRAL
Neiva
2006**

**PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD
EN FAMILIAS CON PACIENTES QUE PADECEN INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA TERMINAL DEL SERVICIO DE TERAPIA RENAL
CRUZ ROJA HUILA**

ADRIANA PATRICIA TAMAYO ZAPATA

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para
obtener el título de Especialista en Gerencia en Salud Familiar
Integral**

**Coordinadora del Postgrado
AMPARO PÁRAMO HERNANDEZ
Magíster Md**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
GERENCIA EN SALUD FAMILIAR INTEGRAL
Neiva
2006**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, junio de 2006

DEDICATORIA

A mi compañera, Mary, por su constante apoyo y colaboración y por suplir mi ausencia en el acompañamiento de ese nuevo ser en gestación... de ellos esta gran victoria.

Adriana Patricia

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos:

A mi Asesora de Monografía, profesora Gilma Zúñiga Camacho quien compartió sus experiencias, y conocimientos en forma desinteresada y además fue pilar fundamental en mi formación.

A Dario y Allison, propietarios del Colegio Columbus American School, quienes me permitieron hacer las prácticas pedagógicas, necesarias para el desarrollo de esta monografía.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. MARCO CONCEPTUAL	14
1.1 LOS ACTORES DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA	14
1.2 LA SALUD EN COLOMBIA	16
1.2.1 ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD	17
1.3 LA SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA	18
1.4 CONCEPTO DE SALUD COMUNITARIA	20
1.5 CONCEPTO DE FAMILIA Y DINÁMICA FAMILIAR	22
1.5.1 CONCEPTO DE FAMILIA	22
1.5.2 DINÁMICA FAMILIAR	23
1.6 PRINCIPIOS DE SALUD FAMILIAR	24
1.7 CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA ACTUAL Y TIPOLOGÍA	25
1.8 CRISIS DE CLAUDICACIÓN FAMILIAR	26
2. JUSTIFICACIÓN	34
3. METODOLOGÍA	36
4. OBJETIVOS	38
4.1 OBJETIVO GENERAL	38
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38

5. UBICACIÓN DEL PROYECTO	40
6. POBLACIÓN OBJETO	41
7. COMPONENTES DEL PLAN	42
7.1 DIAGNOSTICO	42
7.1.1 GENERALIDADES	42
7.1.2 PERFIL EPIDEMIOLOGICO	45
7.1.3 OFERTA DE SERVICIOS	53
7.1.4 DIAGNOSTICO FINANCIERO	54
7.1.5 MATRIZ DOFA	55
7.2 FORMULACIÓN DEL PLAN	57
7.2.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	57
7.2.2 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	59
7.2.3 PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	60
7.2.4 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	63
7.2.5 PROGRAMAS Y PROYECTOS	63
7.2.6 METAS E INDICADORES DE EVALUACIÓN	63
7.3 EVALUACIÓN Y AJUSTES DEL PLAN	64
8. CONCLUSIONES	65
9. RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXO	70

RESUMEN

El objetivo del trabajo de grado fue realizar el Plan de Salud Comunitario en familias con pacientes que padecen insuficiencia renal crónica Terminal, del Servicio de Terapia Renal Cruz Roja Huila. Se buscó además Identificar la población diabética e hipertensa dentro de las familias para promover en ella comportamientos de vida saludables; controlar de manera integral los pacientes clasificados como Hipertensos o diabéticos, para disminuir al máximo la progresión del daño renal; preparar de manera Biopsicosocial al paciente y su familia, para disminuir el impacto generado por la enfermedad y su tratamiento y orientar el paciente con Insuficiencia Renal Crónica sobre los parámetros adecuados para llevar una buena ADHERENCIA al tratamiento dialítico.

El estudio se realizó con diez familias de pacientes cuyo diagnóstico es Insuficiencia Renal Crónica Terminal y acuden a tratamiento dialítico a la Unidad Renal de la Cruz Roja del Huila S.T.R. Ltda.. El total de individuos que conformaron las cinco familias fue de 29, clasificados así: 2 en edad preescolar, 4 en edad escolar, 3 adolescentes, 6 adultos jóvenes, 10 adultos y 4 adultos mayores.

En este estudio se tomó la metodología descriptiva experimental como base metodológica; partiendo del principio del conocimiento de la población a estudio teniendo en cuenta su dinámica familiar como parte de el entorno de sus comportamientos que afectan de una u otra forma su salud. Partimos de la observación descriptiva del ambiente familiar, conceptuando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tomando como base que la patología de compromiso tiene mucho que ver con un entorno familiar genético y de costumbres que comprometen el desarrollo de la misma; por tal motivo, se tomaron medidas conjuntas de tipo experimental tendientes a la concientización de la importancia de la prevención de dicha enfermedad en la familia que todavía no la ha adquirido y en el apego al tratamiento del paciente en estudio para evitar mayores complicaciones.

Se lograron los siguientes resultados: llevando a cabo el Plan de Mantenimiento de la Salud se aportó a la comunidad un diseño orientado hacia la promoción de estilos de vida saludable que minimice el riesgo de presentar patologías como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial; sensibilizar a los pacientes renales y sus familias a través de los Proyectos definidos en el Plan de

Mantenimiento de la Salud logrando llevar a cabo la multiplicación de estos conocimientos hacia otros entornos y así mismo obtener impacto sobre la comunidad en general para conseguir una mejor calidad de vida. Desde la óptica Gerencial se lograron establecer estrategias de planeación, ejecución, evaluación y control para obtener los resultados planteados en el diseño del Plan de Mantenimiento de la Salud con la población descrita. Las fortalezas adquiridas radicarón en el conocimiento de la filosofía y modelos de atención en Salud Familiar, en la comprensión de la dinámica de atención integral, el conocimiento de la normatividad en Seguridad Social en Salud y las estrategias de aplicación, control, seguimiento y desarrollo de habilidades cognitivas en la fundamentación gerencial de la Promoción Social.

PALABRAS CLAVE: Familia, Plan de Salud, Insuficiencia Renal Crónica, promoción, prevención, Mantenimiento de la salud, biopsicosocial, seguridad social.

SUMMARY

This work aimed at carrying out the Community Health Plan in families having a terminal chronic kidney failure-suffering patient from the Kidney Therapy Service of Red Cross in Huila. It also tried to identify the diabetic and hypertensive population within the families to promote healthy life habits; control diabetic or hypertensive patients in an integral way in order to decrease as much as possible the kidney harm progression; prepare patient and his family in a biopsychosocial way to reduce the impact generated by the disease and its treatment and guide the chronic kidney failure-having patient about the adequate parameters to get on well with its kidney treatment.

Ten families having a patient with a terminal chronic kidney harm diagnosis took part in this study. These patients attend the kidney treatment at Red Cross Kidney Unit in Huila. The total number of individuals from the 5 families was of 29, classified as follows: 2 at preschool age, 4 at school age, 3 adolescents, 6 young adults, 10 adults and 4 elder adults.

The descriptive-experimental methodology was the methodological basis of this study; it was necessary to get to have an in-depth knowledge of the target population: its family dynamics as part of its behavior affecting health. There was a descriptive observation of the family environment, its view of health promotion and disease prevention, based on the fact that the pathology in question is closely related to a genetic family environment and life habits that may cause its development; for that reason, it was taken experimental joint measures aiming at raising consciousness about the importance of prevention in families free from this disease and of attending the treatment unit to avoid major complications.

The study produced the following results: the community received an healthy life style promotion-oriented design to minimize the risk of having pathologies as mellitus diabetes and high blood pressure; sensitize kidney patients and their families through well-defined projects in the Health Maintenance Plan spreading this knowledge over other settings and at the same time having an impact on the community to get a better life standard. From the managerial view, it was established planning, execution, evaluation and control strategies to get

the results put in the design of the Health Maintenance Plan. The strengths acquired lied on the knowledge of philosophy and treatment models in Family Health, in the understanding of the dynamics of the integral treatment, the knowledge of regulations in Social Security in health and the application, control, monitoring and development strategies of cognitive skills in the managerial foundation of the Social Promotion.

Key Words: family, health plan, chronic kidney harm, promotion, prevention, health maintenance, biopsychosocial, social security.

INTRODUCCIÓN

Se presenta a continuación el Anteproyecto del PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN FAMILIAS CON PACIENTES QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL DEL SERVICIO DE TERAPIA RENAL CRUZ ROJA HUILA, basado en los lineamientos y directrices recibidas en cuanto a la metodología para realizar la Planeación en Salud.

Se tendrán en cuenta los aspectos encontrados en el Diagnóstico de Salud Familiar realizado el semestre anterior y por lo tanto la población objeto es la misma.

Se trata entonces de un acercamiento al proyecto final en el que llegaremos a determinar el Plan definitivo con dicha población.

El estudio que se presenta se orienta básicamente hacia la prevención primaria en salud con las familias de los pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica Terminal buscando crear mayor conciencia en esta población del gran riesgo que tienen de adquirir la enfermedad por factores genéticos y sumado a esto los estilos de vida poco saludables; por otra parte se busca además trabajar en prevención terciaria con los pacientes que ya padecen Insuficiencia Renal para lograr una adecuada rehabilitación pues presentan la tendencia a la falta de adherencia al tratamiento dialítico influyendo esto bastante en su calidad de vida.

Este proyecto se llevará a cabo dentro del Servicio de Terapia Renal de la Cruz Roja del Huila por lo tanto será financiado por sus directivas y por la estudiante que lo realizará.

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1 LOS ACTORES DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

El tema de las políticas de reforma de la salud y los sistemas previsionales en América Latina es muy controvertido. Los reformadores han tenido que enfrentar un sinnúmero de protestas y críticas, algunas de las cuales han llevado a importantes alteraciones de las Propuestas originales. Este fenómeno generalizado se ha calificado alternativamente como la defensa de intereses, entendidos en su sentido más estrecho, o como señales de que los países de la región están finalmente aprendiendo lo que es un debate democrático. Sin embargo, la participación de algunos grupos organizados, a los que llamaremos actores, en el proceso de reforma de los sistemas de salud es hoy un hecho innegable de nuestra vida política. En la actualidad, las políticas de salud (y, de hecho, cualquier política pública) ya no son impuestas desde arriba por los poderes ejecutivos fuertes de antaño, ni adoptadas unánimemente por parlamentos mudos. Pero todavía sabemos poco sobre el papel que Desempeñan los actores en conformar las políticas públicas, los mecanismos a través de los cuales ejercen presiones sobre sus gobiernos, o sobre las consecuencias de largo plazo de tales acciones.

En los contextos autoritarios del pasado, los debates dentro del gobierno sobre la salud o los sistemas de retiro estuvieron envueltos de misterio, mientras que los pocos actores sociales capaces de comentarlos – especialistas e intelectuales- tuvieron escaso interés en atraer la atención del gran público sobre el tema. En la actualidad el involucramiento de varios stakeholders (como suele llamarse a los actores) en las reformas sanitarias es a la vez innegable e inevitable, pero carecemos de argumentos sólidos para entender el significado de este fenómeno ni cuál es la mejor manera de utilizarlo.

En las reflexiones que siguen, seleccionadas de la experiencia adquirida en el análisis de las reformas de la salud en Argentina, Brasil, Chile y México, planteo cuatro preguntas:

1. ¿Quiénes son los actores (y los no-actores)?
2. ¿De qué manera ejercen su influencia?
3. ¿Con qué consecuencias para la salud de la población? y
4. ¿Debemos o no reforzar esos mecanismos o seguir otro camino?

- Reforma de la salud en América Latina: postulados generales En los años noventa, la cuasi-totalidad de las reformas estatales han sido esfuerzos por encontrar nuevas fórmulas ahorradoras de recursos cada vez más escasos para las burocracias centrales consideradas engorrosas y costosas. Este hecho, plenamente obvio, sólo vale mencionar debido a su contradicción flagrante con las declaraciones públicas de los reformadores que invariablemente pretenden que sus objetivos básicos son el mejoramiento de la calidad o la cantidad de servicios públicos. Pero esto no es todo. Desde el diseño de paquetes limitados de servicios básicos hasta la descentralización o la privatización parcial o total de los servicios de salud, las reformas sanitarias son, además, fórmulas que intentan resolver un gran número de problemas viejos en la organización y el desempeño de los proveedores públicos de salud. Para ello se basan en la premisa no examinada de que resolver algunos problemas organizacionales necesariamente conllevará mejoras en la calidad de los servicios. No obstante, la experiencia nos muestra que lo que es bueno para las organizaciones de la salud no siempre es bueno para sus beneficiarios y viceversa. Así pues, en este trabajo examino la presencia o ausencia de actores y de mecanismos por medio de los cuales éstos influyen en los resultados de las políticas adoptadas, desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud.

Los actores en las reformas sanitarias El concepto de actor se entiende aquí como un cuerpo colectivo organizado (en la sociedad o dentro del aparato estatal) con una capacidad comprobada de acción orientada hacia ciertas metas y de movilización política en relación con cuestiones específicas. Por lo tanto, los actores requieren de un aparato y de recursos organizativos mínimos que aseguren la continuidad de su acción.

Los actores sociales, pertenecientes a la esfera privada, pueden apoyar u oponerse a la agenda gubernamental de políticas públicas, pueden ser muy centrales (laboratorios farmacéuticos y hospitales) o periféricos (población campesina) tanto en relación a la cuestión debatida como al grupo político en el poder. Su eficacia depende de un nivel mínimo de pluralismo político y de desarrollo de la esfera pública.

los actores gubernamentales involucrados en las reformas sanitarias no siempre se han puesto de acuerdo, debido principalmente a la escisión existente en la mayoría de los países entre la seguridad social que afilia a los trabajadores formales y los ministerios de salud que atienden a la población no asegurada o "población abierta", creando rivalidades intersectoriales importantes como en los casos de Argentina y México. Y

ahí en donde la unificación de los servicios de salud ha resuelto este conflicto han surgido otros, por ejemplo entre los servicios públicos y privados de salud (Chile) o entre la administración central y la municipal (Brasil).

En resumen, para funcionar como actores, las colectividades deben tener una base y unos recursos organizacionales que les permitan articular los intereses de sus miembros. Los actores pueden ser viejos (sindicatos, partidos) o nuevos (ONGs), poderosos (sindicatos) o débiles (ONGs) y pueden encontrarse en la sociedad, en el Estado o en las agencias internacionales. Por otra parte, ningún grupo puede ser clasificado de manera definitiva como actor o no actor, sino sólo en relación con una cuestión y en un momento dado. Finalmente, quienes tienen más intereses involucrados –los usuarios de los servicios de salud– por lo general son no-actores pues carecen de un cuerpo organizacional capaz de inducir a otros actores a canalizar sus demandas hacia el gobierno. Están aislados institucional y organizacionalmente y por lo tanto políticamente atomizados.

1.2 LA SALUD EN COLOMBIA

En el decenio de 1980 se puso en marcha un activo proceso de transformación institucional. La Ley 10 de Municipalización de la Salud, elaborada por el sector salud, impulsó una serie de cambios tendientes a fortalecer los entes territoriales del sector. La nueva Carta Magna de 1991 incluye los ejes fundamentales que originaron la reforma del sistema de seguridad social. Este mandato se concretó en forma paulatina por medio de la Ley 60, que rige lo relativo a las competencias y recursos de los diferentes entes territoriales, y culminó con la sanción de la Ley 100 de 1993, que creó el sistema general de seguridad social. En él se incluyen normas sobre el sistema general de pensiones, los riesgos profesionales, los servicios sociales complementarios y el sistema de seguridad social en salud.

La esencia de la reforma del sistema es la ampliación de la cobertura para las personas cubiertas por los regímenes contributivo y subsidiado, sobre la base de un esquema solidario de redistribución del ingreso que permita la universalización de los beneficios mediante la protección al asegurado, el cónyuge y los hijos menores, incluidos los padres y parientes hasta el tercer grado.

En el nuevo sistema ha sido asignado un papel importante a la promoción y la prevención, se contempla un significativo incremento de los aportes financieros del Estado a la salud, y deberá existir mayor eficiencia en el gasto derivada de los esquemas de competencia con una fuerte contribución de los grupos de mayores ingresos garantizando la solidaridad del sistema

Los servicios de salud están descentralizados en 17 departamentos y 4 distritos que manejan directamente el 70% del situado fiscal nacional, y hay 104 municipios certificados para el manejo autónomo del situado fiscal. Se han destinado \$2.567 millones a 26 hospitales, centros y puestos de salud, para fortalecer la atención a la población rural.

La reforma del sector enfrenta un importante problema referido a la accesibilidad de la población, especialmente de los más pobres y de los desempleados, a los recursos para la recuperación de su salud. Uno de los planes de beneficios que plantea la reforma es el POS-S, diseñado fundamentalmente para responder a las necesidades de la población más pobre y vulnerable. El POS-S contiene acciones individuales, familiares y colectivas, de las cuales seis corresponden al plan básico y una a las enfermedades de alto costo, objeto de reaseguramiento.

1.2.1 Organización del sector salud. El nuevo sistema general de seguridad social establece cuatro pilares fundamentales:

- El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en la órbita del Ministerio de Salud, cuya responsabilidad es normar, regular, controlar y dirigir el sistema. Para cumplir con sus funciones, el Ministerio de Salud cuenta con los Servicios Seccionales de Salud, uno por departamento.
- El Fondo de Solidaridad y Garantía, encargado del financiamiento del sistema. Las personas con ingresos superiores a dos salarios mínimos deben aportar al régimen contributivo, mientras que los pobres, desempleados o campesinos se encuentran enmarcados en el régimen subsidiado.
- Las empresas promotoras de salud, que constituyen los núcleos organizativos fundamentales del sistema. Ellas realizan la movilización básica de los recursos financieros, la promoción de la salud y la organización de la prestación de los servicios médicos. Estas entidades tienen como función conexas la administración de las incapacidades y de

los servicios de salud por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y la organización de planes complementarios de salud. Pueden ser públicas, privadas, solidarias o mixtas y compiten por la afiliación de la población.

- Las instituciones prestadoras de servicios de salud, es decir, los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud, y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrezcan sus servicios a través de las empresas promotoras de salud.

La Ley 100 reafirma la autonomía administrativa, técnica y financiera de los hospitales públicos sancionada en las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993; para ello, establece la conversión de los hospitales públicos en empresas sociales del Estado, como categoría especial de entidad pública descentralizada, con el régimen de personal previsto en la Ley 10 y regida por el derecho privado en materia contractual. Hasta junio de 1997, 104 de los 142 hospitales de segundo y tercer nivel habían sido transformados en empresas sociales del Estado, existían 165 empresas solidarias de salud, 67 cajas de compensación familiar, y 30 empresas promotoras de salud.

La Ley incluye dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que, ejecutadas por el Gobierno local, deberán llegar en forma gratuita al conjunto de la comunidad y responder a las necesidades expresadas por ella. Todos los inscritos en el sistema tienen derecho a recibir un Plan de Atención Básica (PAB) que incluye servicios de urgencias, hospitalización, consultas y medicamentos.

1.3 LA SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA

En el área de aseguramiento se ha presentado la siguiente problemática:

Incapacidad del Departamento y de los Municipios para disponer de recursos económicos para otorgar más subsidios a la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado, lo cual ha imposibilitado el aumento de la cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado.

El flujo de recursos del Régimen Subsidiado se ha visto obstaculizado: El Ministerio no realiza los giros en forma oportuna, los Municipios no

pagan a tiempo a las ARS y en algunas ocasiones invierten los recursos en otros gastos y las ARS no pagan a tiempo a las IPS, generando irregularidades en la prestación de servicios de salud a los usuarios.

Los Municipios no envían los informes solicitados en forma oportuna ni adecuada pese a la constante asesoría prestada por la Secretaría de Salud Departamental.

Deficiencias en el sistema de información debido a que no existe un software que permita identificar exactamente las poblaciones de afiliados a los Regímenes Contributivo, Subsidiado y Vinculados.

El SISBEN además de ser un instrumento que en algunos casos no permite precisar los ingresos y la capacidad económica de la familia, no ha sido aplicado de manera adecuada que facilite la focalización de la población realmente pobre y vulnerable. Factores como la politiquería y los intereses personales lo han afectado en gran magnitud.

Se ha dificultado la depuración de las bases de datos del SISBEN y del Régimen Subsidiado por carencia de tecnología. Aunque se han hecho esfuerzos por depurar a través de los programas de Access, Excel y con base en el control social, aún existen muchas duplicidades que debilitan económicamente el sistema.

El cambio continuo del personal que maneja el área de aseguramiento a nivel municipal genera atrasos en los procesos y pérdida de los esfuerzos que realiza la Secretaría de Salud a través de las capacitaciones y las asesorías ofrecidas a los mismos.

Imposibilidad de prestar atención integral a los vinculados a través de la red pública debido a la insuficiencia de los recursos del subsidio a la oferta y a la falta de capacidad resolutoria de las IPS, generando gran cantidad de remisiones al sector privado, para lo cual los recursos cada vez son más escasos.

Estas remisiones se realizan además para los pacientes del Régimen Subsidiado que padecen patologías no incluidas en el POS-S como también a afiliados y beneficiarios del Régimen Contributivo con patologías de III y IV que no han cotizado las semanas correspondientes y que según el Decreto 806 de 1998 deben ser atendidos por el Estado cuando no poseen capacidad de pago.

No se ha promovido la afiliación de las personas con capacidad de pago

al Régimen Contributivo ni se ha realizado el control a la elusión y la evasión debido a la gran cantidad de procesos que implican la operatividad del Régimen Subsidiado.

No existe fluidez en el sistema de información del Régimen Contributivo, las EPS no envían las bases de datos de sus afiliados a pesar de los continuos requerimientos.

Excesiva normatividad relacionada con aseguramiento por parte del nivel central con cambios constantes que obstaculizan los procesos ya iniciados, cambiando las reglas de juego en el camino, lo cual genera inseguridad en las decisiones que se toman.

El Sistema General de Seguridad Social establece espacios de Participación Comunitaria, como Asociaciones o Alianzas de Usuarios en Salud y Veedurías de salud para el Régimen Subsidiado en salud, Comités de Participación Comunitaria en Salud y los Comités de Ética Hospitalaria públicas y privadas. Se ha iniciado la organización de las Oficinas de Atención al Usuario en Salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, Empresas Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud y Secretarías de Salud Departamental y Municipales.

1.4 CONCEPTO DE EPIDEMIOLOGIA, SALUD COMUNITARIA Y SALUD PÚBLICA PARA LA ATENCIÓN DE LA FAMILIA

La Epidemiología se define de una manera común, como el “estudio de las epidemias” es decir, de las “enfermedades que afectan transitoriamente a muchas personas en un sitio determinado” (Real Academia de la Lengua).

Su significado deriva del griego *Epi* (sobre) *Demos* (Pueblo) *Logos* (ciencia). Una definición técnica es la que propone que la Epidemiología es “el estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas” (David Barker).

Conceptos claves:

- La Epidemiología es una disciplina médica.
- Su énfasis está puesto en el estudio de poblaciones.
- Toma en cuenta la forma en que aparece la enfermedad en el contexto de una población sana.

- Su enfoque puede ser aplicado tanto a enfermedades transmisibles agudas como crónicas.
- Sus métodos aplican para el estudio de poblaciones humanas, animales o vegetales.

1.4.1 Salud comunitaria. La integración de todos los miembros de una comunidad en la labor de generar una cultura de salud, en la prevención y el autocuidado, en la atención y la rehabilitación de sus miembros, todo ello con un enfoque activo-participativo, interdisciplinario e interinstitucional, ha dado la posibilidad de generar proyectos de acción comunitaria de gran importancia para los grupos en los que se han desarrollado. En todos ellos se emplean diferentes modalidades de la educación, de la comunicación y de la información. Buscar la autosuficiencia de los individuos, los grupos y la sociedad en general, es la base fundamental de muchos de estos proyectos al proporcionar los conocimientos adecuados y favoreciendo las participaciones de instituciones públicas y privadas en la labor educativa.

La SALUD PÚBLICA es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo. OMS. 2003.

Se Gerencia la Salud Familiar Integral pero su guía y bases de acción están inmersas en la Salud Pública. En Salud Familiar y en Salud Pública se gerencia:

- Fomento de la salud
- Gestión sanitaria: perfil epidemiológico, inquietud por el individuo y por la población.
- Sistema General de Seguridad Social en Salud: servicios de salud universales, solidarios y eficientes.
- Administración de riesgos epidemiológicos, profesionales, económicos y sociales.
- Equidad-Calidad de vida (estilos de vida saludables)-Desarrollo Regional (problemas urbanos y rurales).

Actores sociales de la Salud Pública:

- La sociedad: por ejemplo las ONG, Consejos Comunales, JAL entre otros.
- El Estado.

- Profesiones y Profesionales de diferentes áreas.

El ejercicio de la Salud Pública necesita una estrategia (conjunto de acciones para cumplir con un objetivo). Las prácticas de la operatividad en el sector salud son las FUNCIONES ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA. Funciones de la Salud Pública:

- Rectoría: alguien dirige: Ministerio de Protección Social.
- Financiamiento.
- Aseguramiento: Régimen Subsidiado, Contributivo.
- Prestación de servicios

1.5 CONCEPTO DE FAMILIA Y DINAMICA FAMILIAR

1.5.1 Concepto de familia. La conceptualización de familia ha tenido su propio proceso evolutivo a través de la historia: empezando por su etimología. La palabra **familia** proviene del latín famulus que quiere decir esclavo doméstico; y familia era el conjunto de esclavos pertenecientes a un mismo hombre. En tiempos de Gayo, la familia era igual a patrimonio, herencia que se transmitía por testamento; esta palabra la inventaron los romanos para designar un nuevo organismo social cuyo jefe tenía bajo su poder a la mujer, a sus hijos y a cierto número de esclavos con la patria potestad sobre ellos. Posteriormente se fue acuñando a la palabra familia un significado mayor de **lazos, vínculos** existentes en un grupo de personas consanguíneas o por afiliación. Con la proclamación de los derechos humanos la palabra familia tiene una connotación más ideal: con sentimientos afectivos de pertenencia y de núcleo de desarrollo humano.

La doctora Virginia Gutiérrez de Pineda, destacada investigadora colombiana del siglo XX, en uno de sus varios conceptos de familia afirma: "la familia es una institución social enlazada internamente por consanguinidad, afinidad y/o adopción, principalmente...promotora del desarrollo integral del hombre para que se pueda desarrollar como miembro activo de su sociedad... La vida sociocultural se caracteriza por su constante devenir, y la familia como institución viva es partícipe de este dinamismo; hoy a puertas del tercer milenio ante la avalancha de sacudimientos trascendentales, solo escasos reductos de familia

tradicional sobreviven integralmente; otras luchan desesperadamente para lograr adecuarse con expresiones nuevas a la dinámica del momento... esta inquietante evolución se caracteriza esquemáticamente por un cambio radical de la estructura tradicional”.

1.5.2 Dinámica familiar.

1.5.2.1 Dinámica familiar desde el modelo biopsicosocial. El médico Gabriel Smilkstein (1980), reconocido investigador y profesional de medicina familiar, quien desde la mirada biopsicosocial, caracteriza a la familia como “la unidad básica de la sociedad en la cual dos o más adultos con o sin niños o también un adulto con niños tienen el compromiso de nutrirse o apoyarse emocional y físicamente. Deciden compartir recursos (tiempo, espacio y dinero). Los miembros de la familia frecuentemente funcionan en un lugar donde hay sensación de hogar”. El doctor Smilkstein, destaca la cohesión y la pertenencia de la familia como grupo humano, y la capacidad de crecimiento físico, psíquico y social. Enriqueció la comprensión de la familia en Medicina Familiar, contribuyendo con el modelo de la función familiar, instrumentos como el Apgar familiar, la estrategia de cuidado integral.

1.5.2.2 Dinámica familiar desde el modelo ecosistémico. La familia es un sistema dinámico, abierto, en un contexto histórico, geográfico, sociocultural, económico, político y religioso en interacción constante con los suprasistemas, que se autoecoorganiza definiendo su propia estructura o tipología, retroalimentándose de sus contextos; que se autoecogobierna co-creando y contextualizando políticas y estrategias de convivencia que sigue su propio proceso evolutivo, viviendo sus eventos vitales, afrontándolos con sus propios recursos creados, aprendidos o facilitados de sus sistemas significantes. Permitiéndose estar en la búsqueda de su propia humanización como grupo natural.

Ps Jairo Estupiñán M. (1997): “la familia es un sistema vivo y complejo en tanto que su organización es compleja y su reorganización permanente y diversa; no se trata de eliminar los elementos simples, tales como los aspectos sociológicos, psicológicos, antropológicos, médicos y jurídicos, etc. separadamente observados, sino reorganizados y conectados, reordenando así su significado; tampoco se trata de una teoría más completa, sino una teoría más compleja; se trata pues de diseñar entramados multiversos (eventos entrelazados), los cuales conforman y enriquecen la vida tanto de la familia como de las

comunidades”.

1.6 PRINCIPIOS DE SALUD FAMILIAR

Retomando a Mc Whinney quien en 1981 aportó los principios de esta nueva disciplina; tenemos que:

- El profesional de la salud está comprometido con la persona y la familia considerándolos en su integridad biopsicosocial más que con un cuerpo o tipo de enfermedad o la aplicación de una técnica específica, su compromiso tampoco está limitado por el sexo o edad o raza, tampoco por el tiempo.
- Todos los trabajadores de la salud se esfuerzan por comprender el contexto de la enfermedad personal, familiar y social.
- Todos los trabajadores de la salud ven en cada contacto con sus pacientes, la oportunidad para la prevención, la promoción y en general para la educación en salud.
- Todos los trabajadores de la salud ven en sus pacientes a cargo, una población en riesgo, pueden tener enfoque clínico sin perder la mirada integral de sus pacientes, fortalecidos en la vigilancia epidemiológica. Complementado este principio de Mc Whinney desde la mirada constructivista el médico y los trabajadores de la salud ven una población con posibilidades, con factores protectores y con capacidad de resiliencia.
- Todos los trabajadores de la salud se ven a sí mismos como una red comunitaria de organizaciones para la atención en salud. Se hace un reconocimiento del significado del trabajo en red que fortalece los recursos y el talento humano.
- Todos los trabajadores de la salud idealmente deben compartir el mismo hábitat con sus pacientes según Mc Whinney , en una mirada comprensiva de este principio es una invitación a conocer y comprender el contexto histórico, geográfico, sociocultural, económico, religioso, político, en donde viven sus familias.
- Todos los trabajadores de la salud dan importancia a los aspectos subjetivos, buscan establecer una relación terapéutica con sus pacientes. Fortaleciendo este concepto con los principios de Bioética: de

primer nivel de justicia y no maleficencia; de segundo nivel la autonomía y beneficencia, hacia la búsqueda de relaciones más humanas y comprensivas de las familias.

- Todos los trabajadores de la salud son gerentes de los recursos, que puedan llevar a cabo actividades de planeación, organización, ejecución y evaluación, en sus procesos de atención en salud.
- Otro principio complementario a los de Mc Whinney es el trabajo interdisciplinario que permite coordinar saberes hacia objetivos comunes optimizando el talento humano y los recursos económicos, políticos y sociales.
- Todo trabajador de la salud debe propender por la construcción de un perfil humano, ético, moral, social y científico que le permita ser modelo de una cultura de la salud.
- Todo profesional de la salud reconocerá en la estrategia de la participación familiar y comunitaria, como el pilar hacia la comprensión de las necesidades humanas, permitiendo buscar y lograr mejores y más oportunas alternativas de solución a sus dilemas humanos. La participación familiar y comunitaria enriquece el reconocimiento de la cultura de la salud de las familias y comunidades. Permite el acompañamiento en las habilidades y destrezas de autocuidado, personales y universales, que tienen las familias. Mediante esta estrategia los trabajadores de la salud pueden contribuir a fortalecer las capacidades de resiliencia de las familias y comunidades con mayor posibilidad de participación ciudadana y del logro de recursos para la promoción de la salud en todos los niveles de atención.

1.7 CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA ACTUAL Y TIPOLOGIA FAMILIAR

La inquietante evolución de la familia actual se caracteriza esquemáticamente por un cambio radical de la estructura tradicional, lo que conlleva a tener un concepto más amplio y libre de discriminaciones de cualquier índole, de esta forma tiene mucha aceptación la definición de Smilkstein (1980) al afirmar que la familia es la "Unidad básica de la sociedad en la cual dos o más adultos con o sin niños, o también un adulto con niños tienen el compromiso de "nutrirse" emocional y físicamente, deciden compartir recursos tales como: tiempo, espacio y dinero. Los miembros de la familia frecuentemente funcionan en un lugar donde hay una sensación de hogar"

De la misma forma, la OPS emite su concepto igualmente in discriminatorio: "Unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio o unión estable y que viven en un mismo lugar".

Dentro de las funciones principales de la familia es la reproducción biológica, la socialización primaria, el apoyo y la protección de sus miembros, además la crianza de los hijos.

Según su composición la familia puede ser extensa compuesta por miembros de varias generaciones que viven juntos en una organización familiar común brindando seguridad y protección social a sus miembros; o nuclear integrada por los cónyuges y descendientes. Ésta última es la más frecuente en la sociedad actual.

Las familias están unidas por vínculos socio jurídicos que pueden ser de derecho con vínculo matrimonial civil o religioso legal, o de hecho sin contrato legal de matrimonio como el amaño, unión libre, concubinato o madresolterimo.

Las normas de residencia determinan el sitio donde reside la pareja conyugal y puede ser patrilocal, matrilocal, neolocal y bifocal.

De acuerdo a los sistemas de autoridad, se tienen en cuenta el patriarcado en donde el padre ejerce la autoridad absoluta, el matriarcado consistente en que el status, nombre, patrimonio y herencia son transmitidos por línea femenina, y la familia democrática o moderna en donde reina la reciprocidad, armonía e igualdad entre las partes.

De manera oculta o manifiesta, en el matrimonio existen formas especiales como la poligamia, la poliginia, la poliandria, endogamia y exogamia, así como otras formas más exóticas como la compra, el rapto, el sororato y el levirato.

1.8 CRISIS DE CLAUDICACIÓN FAMILIAR

1.8.1 Definición. "Incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente".

Es un reflejo del abandono asistencial a paciente y familia.

También puede producirse en otras situaciones como: ruina económica, comisión de delitos graves, separación afectiva, pérdida del puesto de trabajo. La diferencia de estas crisis con las de claudicación familiar ante una enfermedad terminal es que las otras pueden superarse con el tiempo, en el caso de la muerte más cercana, supone un cambio radical y no hay tiempo suficiente para la vuelta a la normalidad. Se refleja en la dificultad de mantener una comunicación positiva con el paciente, entre los miembros y el equipo de cuidados. No todos claudican a la vez, pero cuando en conjunto son incapaces de dar una respuesta adecuada, estamos ante una crisis de Claudicación Familiar, en donde la última etapa de la vida se convierte en un drama para todos y se traduce en abandono para el paciente.

1.8.1.1 Factores que intervienen.

- Tipo de familia

- Familia Nuclear: Compuesta por padres e hijos. El agotamiento del cuidador principal (debido a la carga de trabajo, tareas domésticas y cuidado del enfermo), es una situación de riesgo, al no disponer de recursos y alternativas para sustituirle.

- Familia extensa: Compuesta por varias generaciones y parientes próximos que viven bajo el mismo techo o cercanos. Tiene la ventaja relativa de la posibilidad de relevo entre miembros ante la presencia de crisis. La dificultad surge al entrar en colisión distintos puntos de vista y criterios sobre que hacer en relación con el diagnóstico, pronóstico y el lugar donde permanecerá la persona enferma. Para prevenir esta situación, el equipo de cuidados, junto al paciente debe elegir al cuidador principal y ofrecerle todos los apoyos disponibles.

- Lugar de residencia

- Familia en su medio: Medio rural: se suele tener mayor apoyo de familiares y de la vecindad; la dependencia de centros sanitarios es menor y la solidaridad del resto de la comunidad está más o menos garantizada

Medio urbano: Existen más dificultades para cuidar directamente al paciente con enfermedad en fase terminal. Los domicilios no son adecuados para el cuidado, la proximidad física de

los vecinos no tiene reflejo en una relación solidaria; por lo que la hospitalización del paciente suele ser el recurso más utilizado, sin tener en cuenta la fase de la enfermedad, ni los objetivos planteados para el paciente y el tipo de institución sanitaria.

- Familias desplazadas (alejadas de su medio): Debido a diversos factores (violencia, estudio, trabajo, etc.), la familia deja de contar con una serie de recursos (presencia de familiares y amigos, desconocimiento del medio social y cultural) lo que los deja abandonados ante la enfermedad y muerte. La crisis de Claudicación familiar termina convirtiéndose en el único medio de expresión de malestar y miedo ante la situación que se vive.

- Trayectoria de la enfermedad.

Una vez diagnosticada la enfermedad, el grupo familiar inicia una búsqueda en ocasiones compulsiva e irracional de algún método (médico o no) que asegure la permanencia física del ser querido, llevando al gasto de grandes sumas de dinero. La concurrencia de los cuidados paliativos cuando los objetivos curativos no se han descartado, pueden facilitar este tránsito, evitando la fatídica frase de "ya no hay nada por hacer", motivo frecuente de la crisis de Claudicación familiar.

- Experiencias anteriores.

Las pérdidas anteriores no pueden considerarse como de ayuda ante una nueva, se acumulan dolores y angustias, que hacen la recuperación tremendamente difícil.

- Vigencia de problemas no resueltos.

En muchas ocasiones a la enfermedad y el proceso de ir-muriéndose se suman todos los problemas propios de la convivencia y de la vida cotidiana, empeorando la relación y desmejorando el cuidado del paciente. La enfermedad en ocasiones puede ser un motivo idóneo para aclarar situaciones de enfrentamiento. Para la pareja, es una ocasión privilegiada para reflexionar juntos sobre el pasado, presente y futuro de quienes permanecen en la corporalidad.

- Incomunicación - Conspiración del silencio

Se entiende la conspiración del silencio como toda comunicación que pretenda mantener, ante un tercero un "falso equilibrio" de normalidad, como si nada estuviese pasando (conocimiento de doble efecto) frente a una información estimada como angustiante. Esta reacción se debe a que el familiar está más angustiado que el paciente.

- Protagonismo de última hora.

Se refiere al miembro de la familia que por motivos de distancia afectiva o su situación de claudicación individual, acude a última hora con exigencias y órdenes para resolver a su manera lo que los demás no han podido. Culpabiliza a los cuidadores y al equipo de la situación del paciente. Una escucha atenta y una actitud firme pero cercana, dejándole verbalizar su miedo o culpa es el mejor modo de tranquilizarle. Discutir es una pérdida de tiempo.

- La Ingerencia intempestiva

Aparición súbita de otros profesionales sanitarios o no, u otros no tan profesionales, con otros objetivos y sin relación con los equipos profesionales de cuidados, lo que puede generar confusión en el paciente y la familia.

- Los "buenos samaritanos"

Son aquellas personas, de buena voluntad, que en su intento de ayudar no calculan el grado ni el nivel de compromiso que están dispuestos a admitir, se agotan o abandonan al paciente cuando más se necesita de ellos.

Se presentan para satisfacer necesidades de auto - confirmación, cuando lo hacen, desaparecen.

1.8.2 Tipos de claudicación familiar.

1.8.2.1 Según el momento de aparición.

- Claudicación precoz

Generada por una información que produce un gran impacto emocional, dando lugar a una respuesta de negación: "no puede ser"; "el médico se

ha equivocado", no se siguen indicaciones y tratamientos. Las demandas del paciente se minimizan o se desatienden. Tener cuidado con hablar acerca de tiempo de supervivencia, pues esto solo se refiere a eventos estadísticos y no individuales. La familia tiende a iniciar una "cuenta regresiva" que hace que aumente la confusión y la ansiedad; si el tiempo estipulado no se cumple se pierde confianza en quien "dio" la sobrevida, recurriendo entonces a profesionales "más acertados", todo esto en detrimento del estado emocional y físico del paciente.

ALTERNATIVA: Sugerir que se vayan solucionando los temas pendientes de tipo legal y económico, mientras se acompaña en el proceso de ir-muriéndose. En resumen, vivir el día a día.

- Claudicación tardía

Se produce generalmente por agotamiento de los miembros del grupo familiar, en su intento de cuidar al paciente del deterioro paulatino. ALTERNATIVA: Cuidado integral con apoyo psico-social del grupo familiar y un buen control de síntomas.

- Claudicación episódica

Provocada por la brusca aparición de un síntoma no previsto y alarmante.

También se ve en el incumplimiento del plazo señalado. ALTERNATIVA: Cuidado integral con apoyo psico-social del grupo familiar y un buen control de síntomas.

1.8.2.2 Según la duración.

- Claudicación accidental

Ocurre ante un incidente de fácil control y que la familia supera con acierto. Ej. : una falsa noticia, un error en un dato referido al paciente; que tras su aclaración, la familia se serena y mantiene una buena respuesta.

- Claudicación temporal

Se va presentando a medida que transcurren las fases de la enfermedad y de su readaptación del estilo de vida. Propia del período en que se intenta curar la enfermedad (Ej.: secuelas

de radio y quimioterapia), con afectación de la imagen corporal, pérdida de peso y bajas laborales prolongadas. Es un tiempo necesario para que la familia acepte la nueva situación y reajuste los roles de los miembros.

- Claudicación permanente

Es la situación más grave, se vive en constante incertidumbre. Hay pérdidas en la comunicación, aislamiento social, miedo a hablar de lo que le pasa al paciente, miedo a oírle. La prioridad es separar al paciente de su medio familiar y controlar sus síntomas; luego hay que propiciar el reencuentro con los miembros de la familia apoyándolos intensamente en las tareas del cuidado. El riesgo de abandono del paciente es grande si no hay una intervención adecuada.

1.8.2.3 Según el área de afectación (emocional – orgánica – económica - social).

- Claudicación simple

Un área afectada (casi siempre la emocional).

- Claudicación mixta

Dos áreas afectadas, con predominio de aspectos orgánicos. En la familia se generan dinámicas de enfermedades en cadena; presentándose frecuentemente accidentes de todo tipo, enfermedades banales, o las patologías crónicas se manifiestan con síntomas graves. Aparecen somatizaciones e identificación con los síntomas del paciente, presentándose la ganancia secundaria. Estas patologías son consecuencia del agotamiento, estrés continuo y descuido personal de los cuidadores, al tener que dedicar todo su tiempo y esfuerzo al paciente.

- Claudicación global

Afecta todas las áreas. La mayor manifestación es la conducta de aislamiento y empobrecimiento de las relaciones sociales. Ocurre cuando un cuidador debe ocupar el puesto que ejercía quien esta padeciendo la enfermedad.

1.8.2.4 Según la causa principal.

- Claudicación directa

Aparición brusca de una enfermedad con pronóstico fatal o presentación de síntomas de difícil control.

- Claudicación indirecta

Se presenta por motivos diferentes a la enfermedad del paciente:

- Iatrogenia y secuelas de los tratamientos
- Desplazamientos
- Ruina económica
- Desgracias de otros miembros
- Conflictos con el equipo de apoyo

1.8.2.5 Según el número de personas afectadas.

- Claudicación individual

En situaciones como:

- Cuidador único
- Pacientes solitarios acogidos por personas ajenas a su familia
- Familias nucleares con hijos muy pequeños

- Claudicación grupal:

Ocurre en familias extensas, los miembros se dividen ante criterios determinados, al final, se abandona el objetivo principal: el paciente.

- Claudicación global (catastrófica)

Afecta a la familia y se extiende al equipo terapéutico. La falta de consenso en los objetivos y la incomunicación con los miembros del equipo hacen imposible mantener unos cuidados de calidad y se forma continua. Se denomina catastrófica por la situación de caos que vive el paciente.

1.8.3 Factores desencadenantes de claudicación familiar.

- Discontinuidad de cuidados
- Mala relación con el equipo de cuidados
- Indefensión social (carencia de recursos y aislamiento)
- Encarnizamiento terapéutico
- Abandono por profesionales con **técnicas** curativas
- Inundación informativa: malas noticias sin digerir, información brutal
- Sobre identificación del equipo de cuidados
- Cambio del equipo
- Información contradictoria
- Conspiración del silencio
- Mal control de síntomas
- Enfermedades oportunistas
- Accidentes
- Morbilidad de los cuidadores
- Muerte de algún miembro de la familia (diferente al paciente)
- Ruina económica
- Abusos realizados por personas inescrupulosas que prometen curaciones milagrosas.

2. JUSTIFICACIÓN

La insuficiencia renal crónica es una patología considerada en la Ley 100 como Enfermedad de alto costo o Catastrófica, lo anterior obedece a que esta enfermedad genera un dramático impacto en la calidad de vida del paciente y en los aspectos familiar y laboral, además del efecto económico sobre el Sistema Nacional de Salud.

Se estima que el tratamiento de la insuficiencia renal crónica maneja el 18% del presupuesto de las EPS y la tasa de incidencia de ella en las EPS se ha venido incrementando rápidamente en los últimos años.

Elaborar un programa integral de promoción para la prevención de la insuficiencia renal mostraría un directo beneficio tanto para el paciente y su familia como para las EPS y el Sistema Nacional de Salud en general. Estudios han estimado que el oportuno ingreso del paciente a terapia dialítica reduce costos de hospitalización por año y lo más importante es el dramático descenso en las tasas de mortalidad de los pacientes, las que bajarían del 34% al 12%.

Contrariamente, un programa de promoción y prevención, proporciona múltiples beneficios como los expuestos anteriormente y un sinnúmero de valores agregados a muy bajo costo.

La Diabetes Mellitus (DM) una compleja enfermedad que involucra dentro de sus muchas consecuencias una lesión renal, es a escala mundial, la primera causa de la Falla Renal Terminal y paradójicamente se conocen en nuestro país muy pocos programas integrales donde el Diabético haga conciencia del riesgo que tiene de padecer esta patología, es así como encontramos pacientes con antecedente de Diabetes Mellitus de más de 10 años de diagnóstico y en su haber nunca se han controlado los niveles séricos de Creatinina, lo que conlleva a que a las unidades renales ingresen con un considerable grado de deterioro clínico, exponiéndose a una menor esperanza de vida, lo mismo que a un elevado costo en los servicios de salud.

Por tanto debe desarrollarse una estrategia integral donde la población objetivo es el paciente que tenga diagnóstico de DM. Este programa será enfocado hacia la prevención de la Falla Renal y el control y la aceptación de la Insuficiencia Renal Crónica para quienes ya la padecen

y además se dará un enfoque especial a la prevención de la claudicación del sub-sistema cuidador en las familias de estos pacientes.

Estudios multicéntricos, han demostrado que el ingreso de un paciente diabético con diagnóstico precoz de insuficiencia renal mejora significativamente la calidad de vida y su pronóstico clínico, ya que se empieza una corrección temprana de todos los trastornos metabólicos causados por la asociación de estas dos patologías.

La prevalencia de la HTA depende tanto del aspecto racial de la población en estudio como de los criterios empleados para describir su proceso. En el clásico estudio del Dr. Framingham, en población blanca suburbana, alrededor del 20% tenían presiones mayores a 160/95 y más de la mitad tenía presiones superiores a 140/90, si tenemos en cuenta que para las razas no blancas se describen prevalencias aún mayores, lo esperado entonces en nuestra población Colombiana (Mestiza y Mulata) es una prevalencia de HTA como mínimo del 25-30% aproximadamente.

La prevalencia de HTA es aún mayor si se trata de pacientes Diabéticos o adultos mayores.

Sumado a lo anterior, encontramos que la HTA es la segunda causa de Insuficiencia Renal Crónica y esta última es la responsable del 10% de las muertes originadas por Hipertensión.

Las estadísticas de los países desarrollados nos muestran que después del proceso educativo y de diagnóstico precoz de HTA en la población general, persistía un 20% de personas sin diagnóstico, es decir que si tenemos la misma cobertura de países desarrollados, encontraríamos alrededor de 3'600.000 personas que desconocen que son hipertensos. Desafortunadamente la penetrabilidad de las campañas de salud pública en nuestro país es relativamente baja (dado los problemas geográficos, económicos, culturales, etc.) por lo que el número esperado de pacientes sin diagnóstico es aún mayor.

3. METODOLOGÍA

En el presente proyecto, tomaremos la metodología descriptiva experimental como base metodológica; partiendo del principio del conocimiento de la población a estudio teniendo en cuenta su dinámica familiar como parte del entorno de sus comportamientos que afectan de una u otra forma su salud.

Partimos de la observación descriptiva del ambiente familiar, conceptuando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tomando como base que la patología de compromiso tiene mucho que ver con un entorno familiar genético y de costumbres que comprometen el desarrollo de la misma; por tal motivo, se tomarán medidas conjuntas de tipo experimental tendientes a la concientización de la importancia de la prevención de dicha enfermedad en la familia que aun no la padece y en el apego al tratamiento del paciente en estudio para evitar mayores complicaciones.

Como resultado del estudio se pretende promover el desarrollo de hábitos familiares involucrados en la cultura de la prevención.

Para efectos de obtener un diagnóstico más cercano al problema se seleccionó una muestra de cinco familias de pacientes que se encuentran en tratamiento en la Unidad Renal de la Cruz Roja del Huila, con el objeto de analizar los aspectos definidos anteriormente y cómo afectan éstos el trasfondo de la dinámica familiar. Estas familias están conformadas de la siguiente forma:

El total de individuos que conforman las cinco familias es de 29; de los cuales tenemos 2 en edad preescolar, 4 en edad escolar, 3 adolescentes, 6 adultos jóvenes, 10 adultos y 4 adultos mayores. De los 20 adultos solamente 6 terminaron el Bachillerato y solamente uno de ellos se encuentra adelantando estudios Técnicos en el Sena; lo que nos muestra el bajo nivel educativo que al ser analizado arroja como principal causa la difícil situación económica que obligaba a estas personas a abandonar sus estudios. La selección se realizó al azar solamente teniendo en cuenta que fueran pacientes con más de un año de haber sido diagnosticados con la enfermedad renal para que tanto la familia como el paciente estuvieran en una etapa de adaptación al tratamiento más avanzada. Para la recolección de datos se realizaron entrevistas individuales con cada uno de los pacientes en las

instalaciones de la Unidad Renal y visitas domiciliarias a cada uno de los cinco hogares para entrevistas con el resto de miembros de la familia aplicando un formato especial de entrevista. El Plan está diseñado para llevar a cabo en tres años.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar el plan de mantenimiento de la salud, en familias con pacientes que padecen insuficiencia renal crónica terminal del servicio de terapia renal cruz roja del huila, con énfasis en la prevención de la claudicación del sub-sistema cuidador en dichas familias.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la población diabética e hipertensa dentro de la población de pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica Terminal, que acuden al Servicio de Terapia Renal de la Cruz Roja del Huila, para promover en ella comportamientos de vida saludables que ayuden a prevenir la progresión de la injuria renal así como limitarla en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C.) para que logre su rehabilitación y mejoramiento de su calidad de vida.
- Detectar temprana y adecuadamente la injuria renal para instaurar el manejo adecuado de la enfermedad subyacente (D.M. o H.T.A.).
- Fortalecer la promoción de estilos de vida saludables en la población a riesgo.
- Controlar de manera integral los pacientes clasificados como Hipertensos o diabéticos, para disminuir al máximo la progresión del daño renal.
- Preparar de manera Biopsicosocial al paciente y su familia, para disminuir el impacto generado por la enfermedad y su tratamiento.
- Orientar el paciente con Insuficiencia Renal Crónica sobre los parámetros adecuados para llevar una buena ADHERENCIA al tratamiento dialítico.
- Definir dentro de la población objetivo la dinámica de contextualización familiar.
- Determinar el sub-sistema cuidador dentro de cada una de estas familias.

- Definir estrategias para la prevención de la claudicación del subsistema cuidador dentro de estas familias.

5. UBICACIÓN DEL PROYECTO

La población objeto se encuentra ubicada en el Departamento del Huila, municipio de Neiva.

6. POBLACIÓN OBJETO

La Población Objeto está conformada por los pacientes que se encuentran en tratamiento para la Insuficiencia Renal Crónica en el Servicio de Terapia Renal de la Cruz Roja del Huila y sus respectivas familias. El total de pacientes es de 266 distribuidos de la siguiente manera según la terapia renal a la que pertenecen:

132 pacientes en Diálisis Peritoneal,
114 pacientes en Hemodiálisis,
14 pacientes en control post-trasplante y
6 pacientes en el programa de pre.diálisis.

Se ha tenido un contacto permanente con estas familias al hacer parte del grupo interdisciplinario que atiende a los pacientes mencionados por lo que se realiza permanente seguimiento en el área de Psicología.

Los pacientes con enfermedad renal crónica se ven enfrentados a múltiples situaciones de cambio y pérdidas, que conlleva diversos ajustes en su mundo interno y externo. Esta situación demanda orientación y apoyo emocional para lograr resolver con éxito los procesos de aceptación instaurados, que a su vez determinarán el nivel de rehabilitación alcanzado por el paciente en los diferentes ámbitos: Médico, social, afectivo, FAMILIAR y ocupacional.

Se hace evidente así el carácter interdisciplinario de la intervención requerida por el paciente renal crónico. El impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente y en el medio que lo rodea, exigen como parte del manejo integral un apoyo psicológico y una terapia focalizada en la que se busca además con el presente diagnóstico complementar con una intervención desde la perspectiva de la MEDICINA FAMILIAR para dar mayor cobertura y abordaje a la problemática del entorno del paciente que termina adquiriendo gran peso dentro del proceso de aceptación de su enfermedad y ajuste al tratamiento, buscando así aminorar el riesgo de desarrollar alteraciones afectivas y comportamentales en el paciente, a la vez que promover el mejoramiento en la calidad de vida.

7. COMPONENTES DEL PLAN

7.1 DIAGNOSTICO

7.1.1 Generalidades.

7.1.1.1 Características territoriales. Ubicación, extensión y límites. Visto panorámicamente, el Huila, limita al norte con los departamentos de Cundinamarca, Tolima, y Santa fe de Bogotá D.C., al sur con el Cauca y el Caquetá, al oriente con el Meta y Caquetá y al occidente con el Cauca y Tolima. Tiene una extensión de 19.990 Km², de los cuales el 28.6% corresponde a clima cálido, el 39% a clima medio, el 26.4% a clima frío y el 6% a clima páramo. Su área territorial se halla encerrada entre las cordilleras oriental y central e hidrográficamente bañada por el río Magdalena.

Neiva es un municipio del departamento del Huila. La cabecera municipal y capital departamental, está ubicada en la margen derecha del río Magdalena, localizada a los 02° 55' 50" de latitud norte y 75° 16' 49 de longitud oeste. Altura sobre el nivel del mar: 442 m. Temperatura media: 27,6°C. Precipitación media anual: 1.308 mm. Dista de Santafé de Bogotá 304 km. El área municipal es de 1.468 km² y limita por el Norte con Aipe y Tello, por el Este con el departamento del Caquetá, por el Sur con Rivera, Palermo y Santa María, y por el Oeste con el departamento del Tolima. Hacen parte del municipio los corregimientos de Caguán y San Bartolo y las inspecciones de policía de Aipeato, El Colegio, El Triunfo, Chapinero, Fortalecillas, Guacirco, Motilón, Órganos, Palacio, San Antonio, San Francisco, Santa Elena, San Luis y Vegalarga.

7.1.1.2 Aspectos sociodemográficos.

Población. Según el censo de 1993 la población del Huila ascendía a 758.013 habitantes. Esta población representaba a escala nacional el 2.28%.en general el crecimiento departamental se ha mantenido estable frente a los totales nacionales.

La población calculada para el 2001 es de 939.136 habitantes, con una variación porcentual del 23.89%, con respecto al censo de 1993, de los cuales el 59.4% corresponde a población urbana y el 40.1% a población rural y del total el 50.2% son mujeres y el 49.8% son hombres. En

cuanto a composición por rangos de edad, el 37.3% corresponde a niños de 0 a 15 años; el 17.4% a jóvenes entre los 16 a los 24 años; y el 45.3% a adultos de 25 y más años.

El Departamento del Huila tiene una población total de 953.426 habitantes para el año 2.002, según las proyecciones del censo de 1993 distribuidos en 37 Municipios. De esta población el 16.8% vive en la miseria, el 40.4% tiene necesidades básicas insatisfechas, el 11.3% vive en hacinamiento crítico, el 16.5% está en incapacidad de cubrir los mínimos requerimientos de una existencia digna; el 14.6% habitan en viviendas inadecuadas, el 11.6% es analfabeta y 11.3% de los habitantes viven en forma deficiente por falta de infraestructura de servicios públicos y sociales. Con una cobertura promedio en educación del 75.3% en general.

7.1.1.3 Calidad de vida. Caracterización de la población por niveles de pobreza. Los indicadores que dan cuenta de las condiciones de vida de la población y sus niveles de pobreza son el índice de Desarrollo Humano –IDH el cual resume aspectos relacionados con los logros de la capacidad humana, el índice de Calidad de Vida – ICV el cual ordena los hogares desde el más pobre al más rico, el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI que permite conocer el porcentaje de población que no ha cubierto al menos una de las cinco necesidades definidas como básicas y la Línea de Pobreza e Indigencia – LP y LI que estima la población que, por ingresos, puede considerarse pobre o indigente.

Dentro del Índice de Desarrollo Humano IDH para el Huila encontramos que la crisis económica que atraviesa el país en general se refleja en el comportamiento de otros indicadores como el de educación. De esta forma el Huila ha presentado reducciones en el índice de logro educativo.

El avance en el índice de esperanza de vida es positivo para el departamento, y se atribuye al mejoramiento de condiciones de la población, como mayor disponibilidad de agua potable y de sistemas adecuados de eliminación de excretas y de mayor control y prevención de enfermedades. Sin embargo, aún se pueden mejorar factores relacionados con la cobertura en salud, la seguridad social y el saneamiento ambiental. Es preciso anotar que la violencia, está retardando el desarrollo humano del país en general, por su efecto negativo sobre los tres componentes del IDH.

Para el índice de Condiciones de Vida ICV, en los tres últimos años, el mejoramiento en las condiciones de vida cuenta con un promedio nacional de 73.3 en 1997 a 75.7 en 2000. En este último año el Huila se incluye dentro de los departamentos con menor calidad de vida reflejado de la siguiente manera:

	2000	1997	1999
Índice logro educativo	0.837		0.826
Índice esperanza vida	0.760	0.766	
Índice PBI ajustado	0.680		0.637
IDH	0.759	0.743	
ICV	68.4	71.1	69.0

Fuente: DANE

El índice de condiciones de vida para el departamento del Huila se observa con signos de estancamiento –incrementos nulos o inferiores al promedio nacional, esto se explica con tres elementos básicos: 1. El retiro de la población del sistema educativo. 2. La selectividad en el proceso migratorio tanto al interior del país, como hacia el exterior. 3. La migración interna, igualmente selectiva y condicionada en gran medida por el desplazamiento forzado.

7.1.1.4 Nivel de aseguramiento en salud.

- Número de personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Aseguramiento: Del total de la Población del Huila (939.136 Habitantes) en el año 2.001 , el 60% posee algún tipo de Seguridad Social. 273.280 personas se encuentran afiliadas al Régimen contributivo y 290.548 al Régimen Subsidiado del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. 48.467 están afiliados a regímenes especiales correspondientes a población excluida de la Ley 100/93 (Magisterio y Policía).

- Número de afiliados al Régimen subsidiado, Régimen contributivo y población no cubierta. Del total de la población pobre y vulnerable de los niveles 1 y 2 del SISBEN y listados censales (718.500 personas) solo el 40.4% están afiliados al Régimen Subsidiado, quedando un total de 427.602 personas clasificadas como vinculadas que deben ser atendidas por las I.P.S. Públicas con los recursos del Situado Fiscal Subsidio a la Oferta.

POBLACIÓN TOTAL DEL DEPARTAMENTO AÑO 2000	939.136
POBLACIÓN AFILIADA AL REGIMEN CONTRIBUTIVO	273.280
POBLACIÓN AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO	290.548
POBLACIÓN AFILIADA A REGÍMENES ESPECIALES	48.467
POBLACIÓN VINCULADA	427.602
POBLACION NIVEL 1 Y 2 SISBEN Y LISTADO CENSAL	718.500

7.1.2 Perfil epidemiológico.

7.1.2.1 Descripción de morbi-mortalidad en el departamento del Huila.

- Perfil de la mortalidad:

- Mortalidad General. En 1999 por cada 1.000 habitantes fallecieron 6.0; Huilenses; nivel Nacional la tasa es de 5.9 (estimaciones para el año 2.001). Las enfermedades del corazón, del aparato cardiovascular y terminación del embarazo ocupan las primeras causas de muerte.).

Al analizar el registro de Mortalidad DANE 1995 (el mas reciente que se tiene) llama la atención como los Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona ocupan el 2º lugar, los Accidentes de Tránsito el 5º lugar y los Tumores malignos de órganos digestivos y del peritoneo el 6º lugar, junto a estas causas aparecen la Enfermedad Isquémica del corazón, las del aparato respiratorio y las enfermedades cerebro vasculares en el primer, tercer y cuarto lugar respectivamente.

- Mortalidad Infantil. La tasa de mortalidad infantil en 1999 fue de 23.9 X1000 niños nacidos vivos.

MORTALIDAD INFANTIL DEPARTAMENTO DEL HUILA AÑO 2002

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NACIDOS VIVOS	
Género	TMI
Hombres	37.63
Mujeres	28.71

FUENTE: DANE

Hombres = 37.63/1000

Por cada 1000 nacidos vivos, 37.63 hombres mueren durante el primer año de vida.

Mujeres: 28.71/1000

Por cada 1000 nacidos vivos, 28.71 mujeres mueren durante el primer año de vida.

- Mortalidad Materna y Perinatal

INDICADORES CENTINELA HUILA 2003

MORTALIDAD MATERNA	MENOR 1 AÑO	No CASOS	%00	MORTALIDAD PERINATAL	MENOR 1 AÑO	No CASO S	%0
	21452	4	1.9		21452	91	4.2

FUENTE: Secretaría de Salud Departamental, División Desarrollo de la Salud

INDICADORES CENTINELA NEIVA HUILA 2003

MORTALIDAD PERINATAL	MENOR 1 AÑO	No CASOS	%0
	7061	7	1.0

FUENTE: Secretaría de Salud Departamental, División Desarrollo de la Salud

- Perfil de la morbilidad:

Morbilidad por enfermedades infecciosas. (Inmunoprevenibles)

- Sarampión

En 1.998, por SIS-12 se notificaron 32 casos sospechosos en todo el año, todos fueron notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica y se estudiaron por laboratorio 28 descartándose todos.

- Poliomieltis

En el departamento del Huila completó en 1998 diez (10) años libres de ésta patología. Sin embargo se sostiene la vacunación al menor de 1 año para esquema completo y a todos los menores de cinco (5) años se les administró dosis adicionales, como medida preventiva.

- Tétanos Neonatal

En Neiva se presentó un caso de mortalidad por difteria en un niño de 6 años sin antecedente de vacuna DPT, fue aislado en el Instituto Nacional de Salud el *Corynebacterium diphtheriae*, toxigénico. La enfermedad es factor de riesgo biológico presente en la población.

- Hepatitis B

Se presenta un incremento progresivo en los dos últimos años al notificarse 87 casos, por SIS 12, en 1997 y 230 casos en 1998.

- Meningitis Meningocócica

En el departamento continúa siendo estable con un número reducido de casos. En 1996 y 1997 se presentaron ocho (8) casos en cada año, y en 1998 solamente fueron seis (6). Los municipios afectados han sido Campoalegre, Pitalito, Timaná y Neiva.

- Morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas. En el Departamento la Infección Respiratoria, se sigue considerando una prioridad en los programas de salud pública: Dentro de la estructura de la morbi-mortalidad la IRA en menores de cinco (5) años ocupa el segundo lugar en la Morbilidad, Mortalidad y Egreso Hospitalario.

- Enfermedades de Transmisión Sexual.

- VIH - SIDA: Desde 1988 hasta Mayo del 2001 se han registrado en el Huila 558 casos de VIH – SIDA. para una tasa de incidencia de 59.5 por 100.000 habitantes El grupo de edad mas afectado es de 20 a 29 años (216 casos, seguido por el grupo de 30 a 39 años, situación que preocupa debido a que es la etapa de la vida de mayor reproducción humana y producción económica tanto para los hombres como para las mujeres. Durante los últimos tres años se empezaron a presentar casos en el rango de edad de 10 a 19 años directamente relacionado con el aumento de la vida sexualmente activa de los y las adolescentes antes de los 15 años.

En 1997 se presenta un ligero aumento de casos de Sífilis Congénita (21 casos), producto de la intensificación de la Vigilancia Epidemiológica a raíz de la implementación del Plan de Eliminación de esta patología. En 1998 se presentaron 18 casos, lo que arroja una Proporción de Incidencia del $0.7 \times 1.000 \text{ N.V.}$, ligeramente superior a la esperada en el Plan ($0.5 \times 1.000 \text{ N.V.}$). Hasta Noviembre del año 2000, se reportaron 46 casos de sífilis congénita. Pitalito reporta el mayor número de casos 28.

- La hepatitis C.

Patología transmitida por transfusiones sanguíneas y en segundo lugar por transmisión sexual; el laboratorio de salud pública implemento el estudio, realizando en el año 2.000 a 25 personas el examen con resultados de 7 (28%) positivas para el virus de hepatitis C.

- Enfermedades Transmitidas por Vectores. E.T.V.:

- Leishmaniasis

La Leishmaniasis en todas sus formas estuvo muy controlada en el departamento durante 1998. En el año 2000, se presentaron 68 casos confirmados por Laboratorio de los cuales 54 casos autóctonos y 7 casos importados cutáneos. En el año 2.000 Se reportaron 4 casos de leishmaniasis visceral en niños de Paicol vereda primavera, Neiva veredas balsillas y peñablanca, y Gigante en barrio periurbano. Leishmaniasis mucocutánea se confirmaron 2 casos, un niño de la vereda santa librada (Neiva) y un adulto de la vereda San Miguel (Neiva).

- Dengue

La incidencia anual de dengue clásico en Colombia presenta elevaciones periódicas con un comportamiento cíclico más o menos quinquenal. En el departamento del Huila la tendencia de la morbilidad por dengue en los últimos años, tuvo su pico máximo en el segundo periodo epidemiológico de 1998 y a partir del cuarto periodo empezó a normalizarse la situación. De 24 casos de Dengue Hemorrágico que se había presentado en 1996 se pasó a tener confirmados 330 casos en 1997 y 284 en 1998. De los casos presentados en 1998 el 71.5% se dieron en los cuatro primeros periodos epidemiológicos.

En el año 2000 se presentaron 301 casos autóctonos de dengue clásico

y 36 de dengue hemorrágico. En el 2001 se confirmaron por laboratorio 939 casos de dengue clásico, de 7707 casos notificados por el SIS 12. Durante este mismo periodo se confirmaron 153 casos de dengue Hemorrágico.

- Malaria

Hasta 1992 los casos reportados en el departamento correspondían a casos importados de áreas endémicas del país como el Caquetá y Putumayo. A partir de 1993 se identificó un foco autóctono en la zona rural de Santana – Colombia reportando en ese año 120 casos, para 1994 fueron 53 casos, en 1997 se notificaron 39 casos autóctonos de malaria por vivax y en 1998 solamente se detectaron ocho (8) casos autóctonos en mas de 500 muestras estudiadas de casos sospechosos.

- Chagas

Se han presentado 34 casos autóctonos en el Departamento. Siendo los municipios de riesgo Neiva, Pitalito, Acevedo, Campoalegre y Palermo.

- Cólera

El Huila al igual que en Colombia se vio afectado por la epidemia de cólera en los años de 1991 y 1992 con un total de 79 casos falleciendo un paciente.

- Enfermedades de Origen hídrico. Parasitismo Intestinal y Parásitos oportunistas

PARASITISMO INTESTINAL Y PARASITOS OPORTUNISTAS DURANTE EL AÑO 2001

MUNICIPIO	No MUESTRAS	HELMINTOS (Huevos)	PROTOZOARIOS (Amebas)	OPORTUNISTAS
GIGANTE	2	2	2	
HOBÓ	1		1	
SAN AGUSTÍN	3	2	2	
BARAYA	2		2	
CAMPO-ALEGRE	1		1	
NEIVA	18		18	
TOTAL	27	4	26	0

- Enfermedad Diarreica aguda (EDA):

Para el año 2.000 el 14.2% de los niños menores de 5 años consultaron por EDA de los cuales se hospitalizaron el 9.6%. En cuanto a la mortalidad se presentaron 3 muertes para una tasa del 0.2 x 10.000 menores de 5 años.

- Enfermedades Zoonóticas.

La cobertura de vacunación antirrábica fue del 88% en 1998 y en el 2000 del 90% y se hizo vacunación masiva para encefalitis equina vacunándose 44.727 equinos (mulas, caballos, asnos), alcanzándose una cobertura del 83,1%. Se controló un foco de Tuberculosis Bovina existente en el departamento.

- La tuberculosis extrapulmonar

En el año 2.000, Se presentaron 36 casos procedentes de Neiva, Tarqui, Oporapa, La PLata, Pitalito y Palermo.

- Lepra

Se observa una tendencia al descenso gradual en su Prevalencia en los últimos ocho años. En 1990 esta fue de 10.3 x 10.000 habitantes, para el 1998 de 4.0 x 10.000 habitantes (360 pacientes), En el 2000, la Prevalencia fue de 0.93 x 10.000 habitantes.

- Morbilidad por enfermedades crónicas y degenerativas.

En 1.998, la Disrritmia cardiaca y el Infarto Agudo del Miocardio son las primeras causas de mortalidad en el departamento del Huila y las enfermedades hipertensivas ocupan el 4º lugar en la morbilidad por consulta externa. El departamento del Huila ocupa el 2º lugar en cáncer de estomago y fiebre reumática en el país y el 10º lugar en Diabetes Mellitus.

- **LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA**

Es el factor de riesgo mas peligroso para la salud de las personas, especialmente cuando estas no hacen nada para mantenerla controlada. En 1999 en el Departamento del Huila la Hipertensión arterial esencial fue la cuarta causa de morbilidad y se registraron 12.022 consultas por

esta patología bien llamada la enfermedad silenciosa, afecta a mayores de 15 años pero es tres veces mas frecuente en personas mayores de 60 años. Con el fin de lograr una disminución en la presencia de este factor de riesgo el Departamento del Huila a través de las actividades de promoción y prevención del PAB y del POS, coordino el Programa en el cual se atendieron a 4.748 personas con HTA a las cuales se les capacito y sensibilizo sobre el control de los factores de riesgo, además se conformaron grupos para la realización de ejercicio terapéutico, estrategia también utilizada dentro del programa atención integral al adulto mayor en el cual se atendieron 3979 personas mayores de 60 años.

7.1.2.2 Diagnóstico epidemiológico de la insuficiencia renal.

Existe una patología denominada Insuficiencia Renal, definida como la pérdida de la función de los riñones. Se caracteriza por la retención de compuestos nitrogenados (uremia) y la incapacidad para mantener el medio interno fisiológico. Se puede presentar de forma aguda o crónica. Para el presente proyecto se seleccionaron 5 familias con pacientes de la Unidad Renal del la Cruz Roja del Huila, diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (I.R.C.T.) definida como el deterioro progresivo e irreversible de los riñones, que requiere de un tratamiento riguroso para frenar el progreso de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente y por lo tanto de su familia. El tratamiento para la I.R.C.T. es la diálisis o el Trasplante de riñón; tratamiento que sin ser curativo, les permite sobrevivir en condiciones aceptables.

Cuando la patología se instala y es detectada por profesionales especializados, el paciente siente afectada su integridad personal produciendo niveles de ansiedad por el conocimiento de padecer una enfermedad que es irreversible y donde el control sobre ella es mínimo. Guissepe Colombero (1993), señala que: "Ante la realidad del diagnóstico, tanto el paciente como su familia evidencian un cambio en su estilo de vida, por regla general toda crisis en la esfera de lo humano, conlleva a un desmejoramiento del ritmo del vivir y este hecho da apertura a nuevos conflictos, a mayor vulnerabilidad ante las dificultades y el engeguencimiento para hallar alternativas de solución". La persona con una enfermedad de carácter crónico que lo puede llevar a la muerte establece una relación con su enfermedad antes que con quien le trata, elabora una reacción de defensa donde se involucra: su identidad, el papel que desempeña socialmente, su mundo afectivo, sus proyectos de una visión más comprensiva que explicativa del fenómeno,

permite un mayor entendimiento entre las personas comprometidas en la solución del problema de salud que afecta al sujeto de atención.

Es importante tener presente que el carácter terminal de la Insuficiencia Renal Crónica hace referencia a la finalización de la función renal y la existencia del tratamiento dialítico cambiará el curso de la enfermedad.

La diálisis tiene dos modalidades:

- **HEMODIALISIS:** mediante el cual, por medio de punciones en los vasos sanguíneos (previamente adecuados mediante una pequeña cirugía), se hace circular la sangre del paciente en pequeños volúmenes a través de unos filtros especiales para realizar la limpieza de las impurezas (toxinas) que no se está realizando por la falta de función de los riñones; se debe efectuar tres veces por semana durante periodos que van de tres a cinco horas, dependiendo del tipo de filtro y características del paciente. Se hace indefinidamente.

- **DIALISIS PERITONEAL:** Se coloca un catéter de un plástico especial dentro de la cavidad abdominal por debajo del ombligo y se introduce líquido que es dejado dentro de la cavidad peritoneal por periodos de cuatro a seis horas, tiempo después del cual se extrae y se reemplaza por un nuevo líquido. Se hace indefinidamente.

Y existe una tercera opción:

- **TRASPLANTE RENAL:** Consiste en colocar un riñón de un ser humano sano para reemplazar la función de los propios del paciente. Se coloca en la región inferior del abdomen por encima de la región inguinal, uniendo la arteria y la vena del riñón a los vasos sanguíneos que van hacia la pierna, y el uréter (que drena la orina del riñón a la vejiga) se une a la vejiga.

En la revisión bibliográfica se observa que la literatura profesional se ha explorado con mayor énfasis la insuficiencia renal en sus aspectos biológicos cuantitativos y sobre tópicos específicos, por ejemplo: según Ayuso Mateo José Luis, 1997, Las estrategias de afrontamiento de la enfermedad han sido objeto de gran atención en relación particular con la insuficiencia renal y otras patologías de mal pronóstico.

En el libro La Investigación científica Polit D y Hemgler B. 1992 se reporta parte de un estudio sobre la percepción del paciente con enfermedad crónica con respecto al efecto de esta en su estilo de vida, realizado mediante el enfoque de Teoría Fundada por Forsyth y Col en 1984, sus resultados informaron que los pacientes desarrollaban:

"Estrategias para arreglárselas con la enfermedad y su impredecibilidad"

que les permitieron sentir que estaban ganando en términos del control de su progreso, dichas estrategias fueron rediseñadas de acuerdo a la capacidad funcional disminuida para mantener una autoimagen positiva de sus estilo de vida”

Algunas conclusiones se reportan a continuación con el propósito de mostrar antecedentes de estudios que pueden aportar al tema: “Se ha observado que los pacientes requieren cierto grado de negociación para mantener la esperanza y participar en actividades sociales y de trabajo” Florester y Col, 1978. “Conservar el equilibrio emocional” (Tied, 1975), “defenderse contra el temor a la muerte” (Peek,1972).

La revisión bibliográfica indica que en Colombia y también a nivel mundial poco se ha estudiado el tema específico desde una perspectiva de salud familiar que permita la comprensión del fenómeno en su total dimensión.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente se observa cómo la dinámica familiar está bastante comprometida por lo tanto se debe dimensionar este Plan de Salud Familiar de forma micro diseccionado a forma macro es decir hacia toda la comunidad huilense a la que pertenecen dentro de un proceso de contextualización histórica, social, política, económica, geográfica, religiosa, educativa y cultural, para crear estrategias de atención en salud familiar que redunden en el DESARROLLO INTEGRAL Y SOSTENIBLE de todos los miembros que las componen y especialmente generar en ellos el proceso de descubrimiento de su propia capacidad de RESILIENCIA y conocimiento de sus factores PROTECTORES.

Se creará un Modelo de INTERVENCIÓN-PARTICIPACIÓN en donde se tenga en cuenta los resultados obtenidos en el diagnóstico de Salud Familiar Comunitaria.

7.1.3 Oferta de servicios. En el Departamento del Huila la Oferta de servicios en Unidades de diálisis y atención en el área de Nefrología está limitada a las dos Unidades Renales existentes que son:

- CRUZ ROJA HUILA SERVICIO DE TERAPIA RENAL LTDA., ubicada en la Avenida 26 con Carrera 5ª (antiguo aeropuerto), en la ciudad de Neiva y
- FRESENIUS MEDICAL CARE, ubicada en las instalaciones del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

7.1.4 Diagnóstico financiero. Siendo la población objeto para este Plan de Salud los pacientes que acuden al Servicio de Terapia Renal Cruz Roja Huila, se determinan a continuación los costos de servicios de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal que son los dos tratamientos en los que se encuentran los pacientes de la muestra seleccionada dentro de la población. Estos costos dependen de la oferta y demanda de dichos tratamientos y tienen que ver con los siguientes componentes:

**CRUZ ROJA HUILA STR LTDA
ESTUDIO DE COSTOS**

**ELEMENTOS UTILIZADOS EN UNA
HEMODIALISIS Y SU VALOR**

SSN*1000	2.196
Linea Miniprime	10.847
Aguja de Fistulación	1.728
Dializador PSN 140	59.641
Dializador DICEA 170	62.623
Hemosol Acido	19.944
Hemosol Bicarbonato 2	21.752
Gasa paquete 2	248.32
Costo Insumos	178.979.32

**COSTO MENSUAL DE UNA
HEMODIALISIS ESTANDAR**

Tiempo	4 horas
Periodicidad	3 veces semana

Valor insumos	2.147.751.84
Servicio Nefrología	62.350
Servicio Grupo de Apoyo	28.500
Medicamentos promedio	46.000
Laboratorios Promedio	64.000
Otros costos	123.000
VALOR MENSUAL	2.471.601.84

ELEMENTOS UTILIZADOS EN DP Y SU VALOR

Dianeal Ultrabag (1.5, 2.5, 4.25)	10.016
Minicap Prekit	1.034
costo otros Insumos	11.050
Gasas paquete	248.32
Toallas desechables	3.250
Alcohol	3.350
Isodine Solución	4.200
Isodine Espuma	3.950
Total otros insumos	14.998.32

**COSTO MENSUAL DE DP
ESTANDAR**

4 Recambios Diarios.

Valor insumos básicos	1.326.000.00
Otros Insumos	14.998.32
Servicio Nefrología	62.350
Servicio Grupo de Apoyo	28.500
Medicamentos promedio	46.000
Laboratorios Promedio	64.000
Otros costos	123.000
VALOR MENSUAL	1.664.848.3

A los costos de los insumos se debe agregar el valor del IVA.

La modalidad de contratación con las EPS en su gran mayoría esta determinada por "paquete" así:

Hemodiálisis	12 sesiones al mes	3.300.000
Diálisis Peritoneal manual	Mensual	3.200.000

La modalidad de contratación varia de acuerdo a las diferentes EPS quienes asumen o no complicaciones y/o Patologías no relacionadas, accesos vasculares, mantenimiento de los mismos etc.

Los costos para efectos de la ejecución de las acciones del presente Plan se harán con base en las actividades y acciones que se establezcan en la programación y que hacen énfasis en la educación. Los responsables son los miembros del equipo de Salud de la institución por lo tanto se determinaron los costos del recurso humano teniendo en cuenta el salario de cada uno de los profesionales involucrados en el Plan como también los recursos físicos requeridos; todo lo anterior indica que el presente Plan de Mantenimiento de la Salud en familias con pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica será financiado con recursos propios de la Institución Cruz Roja Huila Servicio de Terapia Renal Ltda.. El costo total del Plan se encuentra detallado en la Tabla 2 en la sección de Anexos.

El costo detallado de las acciones es decir el Plan Operativo, se encuentra detallado en la Tabla 3 en la sección de Anexos

7.1.5 Matriz DOFA.

7.1.5.1 Análisis interno.

- FORTALEZAS:

- Contar con la participación comunitaria, en este caso los pacientes renales que acuden al Servicio de Terapia Renal de la Cruz Roja del Huila.

- Así mismo contar con la participación y colaboración de las cinco familias seleccionadas dentro de la población objeto evidenciando motivación hacia el Plan a implementar lo que contribuye al buen desarrollo de éste.
- Contar con personal altamente calificado y con espíritu de compromiso dentro del grupo interdisciplinario que labora en la Unidad Renal donde se llevará a cabo el Plan.
- Capacidad y cultural del servicio, aptitudes y trato humano hacia los pacientes de parte del equipo de salud de la Unidad Renal.
- Contar con excelentes estándares clínicos que nos permiten tener seguridad en la calidad de la información y por lo tanto en los resultados basados en ella.
- Equilibrio económico de acuerdo al número de pacientes dentro de la organización.

- DEBILIDADES:

- Riesgo permanente de fallecimiento de alguno de los pacientes que hacen parte de las cinco familias seleccionadas.
- Dificultad en el manejo del tiempo del equipo interdisciplinario por alto volumen de pacientes en el servicio lo que impide lograr el impacto deseado para el trabajo en equipo que se necesita para llevar a cabo el Plan.
- Por lo anterior el trabajo en equipo se limita a algunas áreas y no se logra un verdadero trabajo multidisciplinario.
- Falta de impacto en la divulgación de los objetivos del plan dentro del equipo interdisciplinario.
- Falta de información para determinar el presupuesto para realizar el Plan.

7.1.5.2 Análisis externo.

- OPORTUNIDADES:

- Posicionamiento dentro del mercado, de la Organización a la que pertenece la Unidad Renal.
- Contratación con diferentes Aseguradoras garantizando una amplia cobertura de la población objeto.
- Poco trabajo de la competencia con pacientes en proceso de rehabilitación.
- Apoyo y asesoría permanente de la Universidad Surcolombiana como ente académico que guía el diseño del Plan a realizar.

- AMENAZAS:

- Competencia ofreciendo porcentajes muy bajos en las tarifas.
- Nivel de desempleo.
- Estrato socio-económico bajo de la población objeto.
- Cobertura de la Seguridad Social.
- Nuevos competidores en el mercado.
- Presión por reducción de costos.

7.2 FORMULACIÓN DEL PLAN

7.2.1 Promoción de la salud. La salud y la enfermedad son inseparables, y más que contradictorias son complementarias. Puede prestarse atención en una de ellas según el interés.

El concepto de salud ha evolucionado de manera significativa, pasando de una interpretación basada en lo biológico que ubica en un extremo la enfermedad y en el otro la salud como no enfermedad; a una donde se entiende como un fenómeno estrechamente ligado a las condiciones generales de la vida de la población. Esta forma de entender la salud

permite un abordaje distinto: se requiere ir más allá de la intervención de los hospitales y del suministro de medicamentos exclusivos del sector salud, a una que promueva el concurso de diversas disciplinas y del compromiso político para garantizar calidad de vida a la población y enfrentar las causas reales de los problemas de salud.

Es entonces el concepto amplio y positivo de salud el que nos sirve de base para aproximarnos al de promoción de la salud. No es solo la ausencia de enfermedad o la comprensión, prevención y enfrentamiento de los procesos patológicos. Cuando hablamos de promoción de la salud, implícita o explícitamente, estamos hablando de defender y elevar la calidad y dignidad de la vida. De acciones dirigidas a multiplicar y democratizar las oportunidades, a garantizar satisfacción de necesidades para más y más seres humanos. De crear y tratar de mantener mejores condiciones de vida y de salud. Por eso, la promoción de la salud está cerca de las luchas por la equidad, como también de los esfuerzos por hacer posible la paz y la democracia, y constituir la defensa de la vida en el gran objetivo individual y colectivo. De acuerdo con la "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud", ésta consiste en "proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma".

Complementa la definición estableciendo que "para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades, y de cambiar o adaptarse al medio ambiente".

En términos operativos Promoción de la Salud se define:

Como la integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas y síquicas de los individuos y las colectividades".

La promoción de la salud en nuestro país responde a **POLÍTICAS PUBLICAS SALUDABLES**: Una política de salud es aquella que persigue poner opciones de salud frente a los individuos, haciendo que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir y las más equitativas para todos. Las políticas públicas se traducen en expresiones normativas como leyes, normas y decretos reglamentarios de obligatoriedad, que permiten ordenar el accionar de las instituciones

y la comunidad en torno a objetivos comunes y buscando un mismo resultado.

7.2.2 Prevención de la enfermedad. La mayoría de las veces, la promoción y la prevención han estado dentro del mismo esquema de trabajo o paquete de planes, pero tienen su diferencia. El objetivo de la prevención es la ausencia de la enfermedad mientras que el de la promoción es maximizar las condiciones de salud. A pesar de sus diferencias ambas consiguen niveles de salud y lo que las une es que los programas de prevención son puertas de entrada a la promoción de la salud.

Se plantea una división de la prevención en tres niveles:

- **Prevención Primaria:** "Actividades dirigidas al individuo que buscan reducir el riesgo de un evento de enfermedad, mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia".

- **Prevención Secundaria:** "Actividades que van orientadas a una detección temprana, oportuna y efectiva de la enfermedad o a reducir su duración".

- **Prevención Terciaria:** "Actividades que van dirigidas a reducir y minimizar el sufrimiento, la duración, la incapacidad y las secuelas de la enfermedad, lo mismo que a promover la adaptación a condiciones irremediables"

Así como la promoción de la salud se establece con acciones intersectoriales que tienen por objeto la generalidad de la población, la prevención depende de servicios destinados a los individuos, familias y grupos específicos.

Puesto que las acciones de prevención primaria tienen un mayor costo-efectividad y generan mayor bienestar, deben privilegiarse.

Las E.P.S., pueden por ejemplo, desarrollar un plan de prevención contra las enfermedades crónicas no transmisibles, que podrían llevar dentro de sus etapas finales un programa de promoción o mantenimiento de los niveles de salud conseguidos con el programa de prevención. Así mismo la promoción participa en la prevención con procesos educativos sobre las conductas saludables, las modificaciones en los estilos de vida para reducir los factores de riesgo y con la

promoción de los factores protectores.

En condiciones ideales, un análisis de las metas de salud susceptibles de ser abordadas con acciones de promoción de la salud debería incluir unos pocos indicadores de muerte, unos cuantos sobre factores de riesgo y otros muchos sobre calidad de vida y estado de bienestar. Se desarrollará un Plan de Salud familiar de acuerdo a los conceptos anteriores sobre promoción y Prevención de la siguiente manera:

Prevención Primaria con las familias de cinco de los pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica que acuden al servicio de Terapia Renal de la Cruz Roja del Huila, para detectar la población en riesgo de desarrollar hipertensión o diabetes mellitus y tener como consecuencia la presencia de dicha enfermedad.

Prevención terciaria con los cinco pacientes seleccionados para lograr un proceso de rehabilitación que redunde en el mejoramiento de su calidad de vida y en la generación de indicadores de mortalidad evitable.

Con el enfoque de Salud Familiar se pretende optimizar la situación actual en donde se evidencia la injuria renal en población que ha podido prevenirla y además en los individuos que ya la presentan dicho enfoque redundará en su beneficio al mejorar su calidad de vida y por lo tanto los índices de morbi-mortalidad, contribuyendo así a mejorar metas de salud.

La guía de práctica clínica en Salud familiar son las prácticas de intervención del equipo de salud en Promoción y Prevención. Es un instrumento que orienta a los profesionales de salud en la atención en salud a las personas y familias para mejorar y mantener el bienestar físico, mental, espiritual y social, a través de intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

7.2.3 Promoción de estilos de vida saludables para la prevención y control de las enfermedades crónicas.

- Metas:

Según el Plan de Desarrollo Departamental las siguientes son las metas que se han propuesto:

100% de los municipios desarrollan estrategias para promover la

actividad física.

100% de los municipios han implementado estrategias de Información Educación y Comunicación - IEC- sobre estilos de vida saludable con énfasis en la reducción del tabaquismo, dieta saludable y promoción de la actividad física (reducción del sedentarismo)

- Actividades

- Promoción:

- Implementar estrategias de Información, Educación y Comunicación intersectoriales para la difusión del derecho a espacios libres de humo en instituciones educativas, lugares de trabajo y públicos.
- Promover con el ente municipal de deportes, programas de actividad física en diferentes grupos de la población (escolares, adolescentes, adultos mayores y población económicamente activa) con el fin de combatir el sedentarismo.
- Promover una dieta balanceada para reducir el colesterol, el consumo de sal y azúcar.
- Divulgar en los adolescentes el riesgo de la adopción de hábitos alimentarios conducentes a la anorexia y la bulimia.
- Promover en los jóvenes la abolición de la práctica experimental del cigarrillo.

- Prevención:

- Actualizar al personal de salud de acuerdo con los contenidos definidos en las Guías Integrales de Atención de obesidad, Hipertensión Arterial y Diabetes tipo I y II.
- Orientar a la población hacia los servicios de detección temprana y atención oportuna para el control de la Diabetes y la Hipertensión Arterial.

7.2.3.1 Prevención de la crisis de claudicación familiar.

- Con relación al paciente:

- Información y comunicación franca y honesta con el equipo
- Escucha atenta de sus preocupaciones y prioridades
- Relación de ayuda eficaz
- Seguridad de continuidad de los cuidados
- Implementación y mantenimiento del rol familiar y social
- Mantener, dentro de lo posible, un ritmo tolerable de deterioro psico-físico
- Adaptación paulatina a las limitaciones producidas por la enfermedad
- Apoyo psico emocional
- Participación en la planificación y evaluación de cuidados terapias
- Espacio y tiempo para la expresión de emociones y sentimientos de duelo anticipado
- Seguridad y protección física
- Adecuado control de síntomas

- Con relación a los miembros del grupo familiar:

- Inclusión de la familia dentro de la unidad a tratar
- Escucha atenta de demandas y sugerencias
- Darles tiempo para que asuman la situación
- Información puntual, adecuada, honesta, comprensible y continua sobre la evolución
- Entrenamiento y participación en las tareas del cuidado
- Implicación del mayor numero de miembros posible
- Facilitar el descanso en caso de agotamiento de cuidador principal único, en unidad de corta estancia
- Entrenamiento en técnicas de control de síntomas
- Información sobre recursos disponibles en la comunidad
- Fijar objetivos plausibles a corto y mediano plazo
- Vivir y cuidar el día a día
- Reducir los efectos negativos de la conspiración del silencio en el paciente estimulando la comunicación entre los miembros
- Soporte y apoyo psico-emocional individual y grupal
- Facilitar la aclaración y resolución de conflictos en el seno familiar
- Detectar patologías en otros miembros de la familia y recomendar la ayuda de otros profesionales

- Ayudar a la familia a utilizar sus propios recursos en la solución de sus problemas
- Corrección y respeto en el trato
- Amor.

7.2.4 Objetivos estratégicos.

- Implementación del Plan de mantenimiento de la Salud
- Mejoramiento de la calidad de vida del paciente y su familia.
- Captación de nuevos pacientes.
- Estrategia Comercial con E.P.S.
- Mejoramiento de indicadores clínicos.
- Ampliación del portafolio de servicios.

7.2.5 Programas y proyectos.

PLAN DE INTERVENCIÓN

El presente Plan se desarrollará basado en el Programa de Mantenimiento de la Salud en familias con pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica Terminal y está diseñado con tres Proyectos y sus respectivas actividades como se puede observar en la Tabla 1 en la sección de Anexos. Estos tres Proyectos son los siguientes:

PROYECTO 1: PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

PROYECTO 2: REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA.

PROYECTO 3: PREVENCIÓN DE LA CRISIS DE CLAUDICACIÓN DEL SUB-SISTEMA CUIDADOR

7.2.6 Metas e indicadores de evaluación. Las metas e indicadores de Evaluación se encuentran claramente definidas en la MATRÍZ DE PROGRAMACIÓN en la sección de Anexos Tabla 1.

7.3 EVALUACIÓN Y AJUSTES DEL PLAN

La Evaluación está sujeta al cumplimiento de los indicadores establecidos en la programación en cada uno de los Proyectos y se estará haciendo seguimiento y monitoreo sobre los mismos.

8. CONCLUSIONES

- El presente Plan de Mantenimiento de la salud en familias con pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica Terminal se diseñó con las bases teóricas adquiridas en el transcurso de la Especialización en Gerencia en Salud Familiar Integral y con el conocimiento y experiencia adquirida en el desarrollo del cargo de Psicóloga en la Unidad Renal de la Cruz Roja del Huila.
- A través de los conocimientos adquiridos se lograron establecer parámetros claros y concisos de lo que es el desarrollo de un Plan de Salud en una dimensión local e institucional como es este caso.
- Dentro de los parámetros fundamentados se logró una clara diferenciación entre Plan, Programas y Proyectos como componentes esenciales en la formulación del Plan a desarrollar.
- A través del diseño del Plan se tiene fundamento teórico bien orientado, claro y con objetivos muy definidos para poder llevar a cabo lo allí descrito e implantar un enfoque de SALUD FAMILIAR en la Institución y de esta manera lograr una atención más integral al paciente renal y su familia.
- Con la orientación hacia la PROMOCIÓN de la salud y la PREVENCIÓN de la enfermedad se logra el impacto necesario para lograr cumplir con las políticas de la Institución como lo son las de minimizar la presentación de enfermedades crónicas como la Insuficiencia Renal y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.
- Al llevar a cabo el Plan de Mantenimiento de la Salud se busca aportar a la comunidad un diseño orientado hacia la promoción de estilos de vida saludable que minimicen el riesgo de presentar patologías como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial.
- Al sensibilizar a los pacientes renales y sus familias a través de los Proyectos definidos en el Plan de Mantenimiento de la Salud se logra llevar a cabo la multiplicación de estos conocimientos hacia otros entornos y así mismo se obtiene impacto sobre la comunidad en general para conseguir una mejor calidad de vida.

- Desde la óptica Gerencial se logran establecer estrategias de planeación, ejecución, evaluación y control para obtener los resultados planteados en el diseño del Plan de Mantenimiento de la Salud con la población descrita.
- Las fortalezas adquiridas radican en el conocimiento de la filosofía y modelos de atención en Salud Familiar, en la comprensión de la dinámica de atención integral, el conocimiento de la normatividad en Seguridad Social en Salud y las estrategias de aplicación, control, seguimiento y desarrollo de habilidades cognitivas en la fundamentación gerencial de la Promoción Social.

9. RECOMENDACIONES

- Contar con el apoyo de la Institución Cruz Roja Huila Servicio de Terapia Renal Ltda., para llevar a cabo el presente Plan de Mantenimiento de la Salud en familias con pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica Terminal.
- Lograr la sensibilización del Equipo de Salud responsable del Plan de Mantenimiento de la Salud para ejecutarlo con el conocimiento preciso y fundamentado y la motivación necesaria para el logro de los objetivos planteados.
- Dar a conocer a la población objetivo los parámetros que se tuvieron en cuenta para diseñar el Plan de Mantenimiento de la Salud para iniciar la sensibilización hacia el mismo.
- Realizar evaluación y seguimiento permanente de los resultados obtenidos en el desarrollo del Plan para crear nuevas estrategias o continuar con las establecidas.
- Dar a conocer los resultados obtenidos a los actores involucrados en el desarrollo del Plan de Mantenimiento de la Salud como son: los pacientes, sus familias, el equipo de salud, las directivas de la Institución y la Comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

CASTRO, Dolly. Generalidades de epidemiología. Neiva: USCO, Facultad de Salud, 2004. 53 p.

COLOMBERO, GUISEPPE. La Enfermedad tiempo para la valentía. Santa fé de Bogotá : San Pablo, 1993.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Portafolio guía de la promoción de la salud en el Municipio. No 017 Serie Documentos Técnicos. Santafé de Bogotá : s.n., s.f.

COGAN, Martín. Introducción a la diálisis. Universidad de California. San Francisco : Churchill, 1985.

GRUPO DE TRASPLANTES DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Diálisis y trasplante. s.l. : I Salvat, 1993. t. 1-2

GUTIERREZ de Pineda Virginia. Estructura, función y cambio de la familia en Colombia. 2 ed. Medellín : Universidad de Antioquia, 1999.

LARREA, Carlos. *Pobreza, necesidades básicas y desempleo: área urbana del Ecuador* (Documentos de investigación). Quito: ILDIS e INEM, 1990.

PARAMO, Amparo y CORTES, Luis Arcadio. Mirada comprensiva de la familia desde su dinámica integral. Neiva: USCO, Departamento de Medicina Social, 2004. 63 p.

PARAMO, Amparo. Fundamentos sobre promoción de la salud. Neiva: USCO, Departamento de Medicina Social, 2004. 123 p.

PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL HUILA. Reseña geográfica de los Municipios, 2004. s.p.i.

POLIT, Dense F.; BERNADETTE, Hemgler. Investigación científica en ciencias de la salud. México : Interamericana, 1991.

SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL HUILA. Diagnóstico en

salud del Departamento, 2002. s.p.i.

SMILKSTEIN, F. The family in crisis. En Jaylos (Eds).

SE REDUCEN índices de mortalidad en Neiva. En: La Nación, Neiva (11,May,2004); p7, c1-5.

STFS. *Pobreza y capital humano en el Ecuador* (El desarrollo social en el Ecuador 1). Quito: Secretaría Técnica del Frente Social e INEC, 1997.

VOS, Rob. *Hacia un sistema de indicadores sociales* (Documentos de trabajo de SIISE No. 1). Quito: Secretaría Técnica del Frente Social, 1998.

http://www.paho.org/404.htm?404;http://www.paho.org/spanish/sha/p_rflcol.html.

<http://medusa.unimet.edu.ve/academic/docualunimet/soporte/op4/ec5.ppt>

http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/Subdireccion_Conpes/3337.pdf

www.monografias.com

ANEXO. Matriz de programación

PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN FAMILIAS CON PACIENTES QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL DEL SERVICIO DE TERAPIA RENAL CRUZ ROJA HUILA

PROGRAMA: Mantenimiento de la salud en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias							
OBJETIVO: Identificar la población Diabética e Hipertensa dentro de las familias de los pacientes con I.R.C. para fortalecer la promoción de los estilos de vida saludables en la población de riesgo.							
PROYECTO 1	METAS	ACTIVIDADES	RESULTADOS	INDICADORES	RESPONSABLES	VALOR RECURSO	FINANCIA CIÓN
PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	90% familiares valorados y clasificados de acuerdo a los estadios de la Injuria Renal.	Realizar pruebas de laboratorio y consulta con medicina general para detectar la población con riesgo de presentar injuria Renal.	Familiares Valorados y Diagnosticados	# Familiares <u>Diagnosticados</u> X 100 # Familiares de pacientes inscritos.	1 Médico General 1 Enfermero Jefe	1.075.000 año.	RECUR- SOS PROPIOS DE LA INSTI- TUCIÓN
	80% de familiares capacitados en conocimientos sobre Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, para generar sensibilización y auto cuidado	Realizar taller de sensibilización en la prevención de DM e HTA a familiares clasificados en riesgo de presentar dichas enfermedades.	Familiares sensibilizados en el autocuidado para la prevención de la DM y la HTA.	# Familiares <u>Capacitados</u> X 100 # Total de familiares de pacientes inscritos.	1 Enfermero Jefe. 1 Nutricionista 1 Psicóloga	750.000	
	Familiares y pacientes educados en estilos de vida saludable como estrategia para disminuir el riesgo de presentar Diabetes Mellitus e Hipertensión.	Realizar talleres educativos a pacientes en estilos de vida saludable así: -Hábitos alimenticios. -Ejercicio físico. -Manejo del stress. -Incremento del autoestima. -Riesgo cardiovascular.	Familiares y pacientes capacitados n estilos de vida saludable.	# Familiares <u>Capacitados</u> X 100 # Total de Familiares de pacientes inscritos # Pacientes <u>Capacitados</u> X 100 # Total de Pacientes inscritos.	1 Médico General. 1 Enfermero Jefe. 1 Educador Físico. 1 Psicóloga.	2.322.920	

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN

PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN FAMILIAS CON PACIENTES QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL DEL SERVICIO DE TERAPIA RENAL CRUZ ROJA HUILA

PROGRAMA: Mantenimiento de la salud en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias							
OBJETIVO: Orientar al paciente con I.R.C. y su familia sobre los parámetros adecuados para llevar una buena ADHERENCIA.							
PROYECTO 2	METAS	ACTIVIDADES	RESULTADOS	INDICADORES	RESPONSABLES	VALOR RECURSO	FINANCIA CIÓN
REHABILITA CIÓN PSICO- SOCIAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA	80% de familias y pacientes capacitados en conocimientos sobre IRC y los tipos de tratamiento para esta.	Sesiones reflexivas con pacientes, 1 sesión mensual.	Familias y pacientes con adquisición de conocimientos respecto a la IRC y los tipos de tratamiento para esta.	# Familiares <u>Asistentes</u> X 100 # Familiares invitados de pacientes inscritos.	1 Psicóloga.	1.035.000	RECUR- SOS PROPIOS DE LA INSTI- TUCIÓN
	100% de los miembros del equipo de salud fortalecidos para crear estrategias para potenciar la adherencia del paciente y su familia a la terapia de reemplazo renal.	Fortalecimiento del diálogo de saberes sobre Adherencia al tratamiento y constitución de nuevas estrategias para su mejoramiento.	Miembros del equipo de salud fortalecidos en el conocimiento de los parámetros y creación de estrategias para potenciar la ADHERENCIA del paciente y su familia a la terapia de reemplazo Renal.	# Miembros Del equipo de Salud capacitados x 100 # Total miembros Del equipo de Salud.	2 Nefrólogos 1 MD General 9 Enfermeros Jefes. 6 Auxiliares de Enfermería. 1 Psicóloga. 1 Nutricionista 1 Trabajadora Social.	258.750	
	70% de pacientes participantes en los grupos de autocuidado.	Talleres de testimonio para fortalecimiento de los grupos de autoapoyo.	Pacientes con gran soporte emocional generado a través del soporte del grupo de autoapoyo	# Pacientes <u>Asistentes</u> X 100 # Total de pacientes inscritos.	1 Psicóloga.	1.035.000	
	80% de familias sensibilizadas y preparadas de manera biopsicosocial para disminuir el impacto generado por la enfermedad y el tratamiento.	Talleres de autocuidado familiar.	Familiares con el conocimiento adquirido sobre el apoyo conciente y de calidad al paciente con IRC y sensibilidad hacia el mismo.	# Familias <u>Asistentes</u> X 100 # Total de familias de pacientes inscritos.	1 Psicóloga. 1 Nutricionista 1 Enfermera.	975.000	

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN

PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN FAMILIAS CON PACIENTES QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL DEL SERVICIO DE TERAPIA RENAL CRUZ ROJA HUILA

PROGRAMA: Mantenimiento de la salud en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias							
OBJETIVO: Fortalecimiento del subsistema cuidador en las familias de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.							
PROYECTO 3	METAS	ACTIVIDADES	RESULTADOS	INDICADORES	RESPONSABLES	VALOR RECURSO	FINANCIA CIÓN
PREVENCIÓN DE LA CRISIS DE CLAUDICA- CIÓN DEL SUBSISTEMA CUIDADOR	Definir dentro de la población la dinámica de contextualización familiar e identificar el subsistema cuidador dentro de ésta.	Visitas domiciliarias. Entrevistas individuales con los pacientes.	Familias con subsistema cuidador claramente identificado y valorado respecto a la calidad del mismo.	# Familias Valoradas con Subsistema Cuidador <u>Identificado</u> X 100 # Total de familias de pacientes inscritos.	1 Psicóloga. 1 Trabajadora Social.	486.875	RECUR- SOS PROPIOS DE LA INSTI- TUCIÓN
	Conocer estrategias claras para un adecuado sostenimiento y permanencia del subsistema cuidador.	Talleres educativos en cuidados sanitarios mínimos con los miembros detectados como cuidadores principales y secundarios	Familias con las estrategias y el apoyo requerido para generar calidad y permanencia en el subsistema cuidador.	# Familiares cuidadores <u>capacitados</u> x100 # Total de cuidadores identificados	1 Psicóloga.	825.000	
		Taller vivencial para tratar patrones disfuncionales dentro de las familias con subsistema cuidador identificado.		# Familiares cuidadores <u>asistentes</u> x 100 # Total de cuidadores identificados	1 Psicóloga.	OPCIONAL	
		Taller en educación tanatológica para ofrecer a la familia sentido de dominio sobre las circunstancias que rodean al morir del ser querido.		# Familiares cuidadores <u>asistentes</u> x 100 # Total de cuidadores identificados	1 Psicóloga.	618.750	
		Realizar grupos reflexivos con los cuidadores identificados		# Familiares cuidadores <u>asistentes</u> x 100 # Total de cuidadores identificados	1 Psicóloga.	517.500	
		Taller educativo al equipo de salud para potenciar la interfase equipo de apoyo-familia.		# Miembros del Equipo de <u>Salud capacitados</u> x 100 # Total miembros del Equipo de Salud.	1 Psicóloga.	412.500	