

Costo – efectividad de una estrategia de abordaje integral en la atención domiciliaria (PADOMI) en adultos mayores con fragilidad y discapacidad. CAP III Metropolitano- ESSALUD, 2014 - 2015.

Cost - effectiveness of a integral approach strategy in home care (PADOMI) in elderly people with fragility and disability. CAP III Metropolitano-ESSALUD, 2014 - 2015.

José E. Cabrejo Paredes¹; Enrique M. Rodríguez Rodríguez²

¹ Docente Asociado Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Trujillo

² Docente Principal Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Trujillo;

Autor correspondiente: jcabrejop@gmail.com (J. Cabrejo)

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar si la estrategia de abordaje integral en la atención domiciliaria (PADOMI) tendrá un mayor costo-efectividad en su aplicación que el modelo tradicional, en adultos mayores con fragilidad y discapacidad. CAP III Metropolitano –ESSALUD, 2014-2015; Para tal efecto se realizó un diseño de tipo comparativo de dos grupos, cuasi-experimental, transversal de tipo post-test, que se realizó luego de intervención de seis meses. La muestra estuvo representada por 36 familiares de pacientes adultos mayores con discapacidad y fragilidad, de ambos sexos, seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Se ha demostrado diferencias altamente significativas ($p < 0,001$) con respecto a la habilidad de cuidado y calidad de vida del familiar cuidador, así como disminución en el número de complicaciones lo cual expresa más efectividad a favor del abordaje integral. Asimismo, es más eficiente en costos el abordaje integral con una diferencia altamente significativa al tradicional ($p < 0,001$). Se concluye que la estrategia de abordaje integral en la atención domiciliaria (PADOMI) tiene mayor costo-efectividad en su aplicación que el modelo tradicional, en adultos mayores con fragilidad y discapacidad.

Palabras clave: PADOMI; Costo; Efectividad.

ABSTRACT

The present study had as objective to determine if the strategy of integral approach in the home care (PADOMI) will have a greater cost-effectiveness in its application than the traditional model, in older adults with fragility and disability. CAP III Metropolitan -ESSALUD, 2014-2015; For this purpose, a comparative type design of two groups, quasi-experimental, transverse post-test type, was performed after a six-month intervention. The sample was represented by 36 relatives of elderly patients with disability and frailty, of both sexes, selected according to inclusion and exclusion criteria. Significant differences ($p < 0.001$) were demonstrated with respect to the caregiver's quality of life and quality of life, as well as a decrease in the number of complications, which expresses more effectiveness in favor of the integral approach. Also, it is more cost-efficient to approach in an integral manner with a highly significant difference to the traditional one ($p < 0.001$). It is concluded that the strategy of comprehensive approach in home care (PADOMI) is more cost-effective in its application than the traditional model, in older adults with fragility and disability.

Keywords: PADOMI; Cost; Effectiveness.

1. INTRODUCCIÓN

El proceso de modernización de la gestión pública busca mejorar las capacidades de gobierno y de gestión del Estado en su conjunto, así como de todas y cada una de las entidades que lo conforman en los tres poderes del Estado y en los tres niveles de Gobierno. De ese modo el Estado buscará actuar como un todo coherente y articulado con el propósito de servir mejor al ciudadano, brindándole un nivel de satisfacción mayor al que este

obtendría si cada entidad, Gobierno Regional o Local lo atendiera de manera individual y de forma desarticulada (PCM,2013)

El influjo de la globalización en el cuidado de la salud ha ido introduciendo en los últimos años herramientas que se han convertido en el medio que permite al profesional de salud fomentar el desarrollo de conocimientos y habilidades en las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores, así como formar redes sociales y de apoyo para facilitar un mejor proceso de adaptación frente a la enfermedad, a través de fuentes que le permiten recoger, sistematizar y difundir información con el fin de mejorar el nivel de conocimientos e inducir cambios hacia comportamientos y estilos de vida que favorecen la salud física y mental en el binomio cuidador-sujeto de cuidado (Barrera y cols 2011; Cardonas 2010).

Weiner y cols. (2005) afirman que estas herramientas tecnológicas, utilizadas para proveer soporte social en salud, se han convertido en elementos altamente útiles en el abordaje del tratamiento, lo que permite proporcionar una atención oportuna y eficaz así como realizar un seguimiento oportuno, ya que eliminan barreras de accesibilidad y altos costos especialmente en comunidades vulnerables, como las que se enfrentan a enfermedades crónicas, entidades patológicas de especial interés en salud pública por su gran impacto epidemiológico.

De acuerdo con lo anterior, es evidente la necesidad de generar intervenciones en salud que permitan el abordaje de la problemática de las enfermedades crónicas de una forma diferente, novedosa y acorde con las tendencias de la tecnología, fomentando la calidad de vida de la persona y su cuidador familiar, ya que como lo describe Sánchez (2001), el impacto de vivir o padecer una enfermedad crónica, o de cuidar a una persona en esa situación, genera cambios profundos y significativos en la vida de los implicados y puede modificar sus habilidades de cuidado, es así como dependiendo del afrontamiento ante el rol que cumpla tanto la persona enferma, como el nuevo cuidador, se expresará la adaptación o el desajuste frente a la condición de enfermedad crónica.

Asimismo, el cambio de rol, de relaciones sociales, la dificultad para alcanzar metas y realizar de forma satisfactoria el autocuidado, son algunos de los cambios a los cuales se ve enfrentado el cuidador familiar, lo cual repercute significativamente en sus esferas laboral, económica, familiar, social y psicológica, generando en muchas ocasiones la búsqueda de apoyo social (Torres, 1998).

La población adulta mayor es la población más vulnerable a enfermedades crónicas que, debido a su envejecimiento los torna dependientes del cuidado familiar. Se define al envejecimiento como un proceso fisiológico que comienza en la concepción y que ocasiona cambios, durante todo el ciclo de la vida (Parodi,2000)

Peggy (2006) refiere que desde las últimas décadas, en la población mundial va incrementando el número de adultos mayores y se estima que actualmente viven en el mundo 672 millones de personas mayores de 60 años, dicha cifra aumentará a dos billones en el año 2050. Los datos del INEI (2011) arrojan que la población de 60 años a más representa el 9,1% del total de la población peruana. La tasa de crecimiento promedio anual de este segmento poblacional es de 3,4% más alta que en otros grupos poblacionales. La expectativa de vida de la población peruana ha cambiado en los últimos años; en 1970 era de 53 años, en el 2004 de 69,8 años, en el 2007 de 70,5 años y lo más reciente en el 2011 es de 74 años.

En la región La Libertad (OMS,2002), la población total es 1 762,200 habitantes, de estos un 49,4% son de sexo masculino; mientras que el 50,6% son del sexo femenino; siendo la población adulta mayor un total de 153,670 personas.

Este progresivo crecimiento de la población adulta mayor está produciendo un proceso de transición epidemiológico por el cual el patrón de los problemas de salud predominantes va cambiando de las enfermedades infecciosas por las crónicas y degenerativas, tales como: artritis, hipertensión, diabetes, alzheimer, parkinson, enfermedades coronarias, oncológicas y neurológicas. Por tanto, al verse incrementada la población de adultos en los próximos años implicaría que la familia, como unidad básica de salud, incremente su rol de cuidadores de los adultos mayores, responsabilidad que asume frecuentemente un miembro de la familia, quien se encargará de brindar todo el cuidado. (Muñoz 2004; Mateo 2000; García 2012).

En muchas sociedades, como la población peruana, la familia es el sistema de apoyo social más importante para el adulto mayor y muchas veces el único proporcionando una serie de servicios como apoyo emocional, económico, toma de decisiones. El cuidado y la preocupación surgen de compromisos emocionales sólidos basados en valores culturales, con un sentido de solidaridad familiar, predominando el cuidado familiar. Siendo el cuidado el conjunto de todas aquellas actividades humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar del individuo, de manera que logre un nivel satisfactorio de calidad de vida. Por esta razón los adultos mayores, necesitan personas que dediquen gran parte de su vida a que los cuiden,

representando para las personas implicadas realizar tareas que generan responsabilidad y con ello situaciones para la cual no están en capacidad de enfrentar (Correa, 2010)

La experiencia de ser cuidador(a) familiar varía de acuerdo con la persona cuidada; además, el acompañamiento en la mayoría de los casos, genera en el cuidador cambio de roles, auto-abandono, inestabilidad emocional, aislamiento social, aumento de tareas y responsabilidades, ansiedad, depresión y modificaciones generales en el estilo de vida. Estas manifestaciones son mayores cuanto mayor es el grado de dependencia física y deterioro mental de la persona cuidada y también cuanto mayor es el tiempo que lleva cuidando el cuidador (Casado, 2001).

Al respecto, Gallager-Thompson y Heather (2007), realizaron un estudio en cuidadores chinos de personas con enfermedad de Alzheimer, con el propósito de explorar el impacto de una intervención directa en casa versus el apoyo telefónico en los síntomas depresivos y el estrés percibido durante cuatro meses, demostrando influencia en el estrés del cuidador, pensamientos inadecuados, estrategias de comunicación, decisiones al final de la vida y actividades agradables. Gitlin y Belle (2003) realizaron un ensayo clínico controlado aleatorizado en diadas de cuidadores y personas con enfermedad de Alzheimer con el propósito de demostrar como las sesiones de intervención en casa más una llamada telefónica permiten manejar las situaciones problemáticas establecieron una relación con la sobrecarga del cuidador. Burgio y Stevens (2003) realizaron un ensayo clínico controlado aleatorizado con el objetivo de medir el impacto de intervenciones psicosociales basadas en necesidades comunes y preferencias culturales de cuidadores blancos y afroamericanos, de personas con enfermedad de Alzheimer, obteniendo relaciones significativas con un mayor número de sesiones. Finalmente, Eisdorfer y Czaja (2003) determinaron la eficacia de la terapia de familia y la intervención basada en la tecnología en la disminución de los síntomas depresivos entre los cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer, americanos y cubanos.

En nuestro medio, García y Vargas (2012), realizaron una investigación acerca de la Sobrecarga de roles en el estrés del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia funcional y concluyeron que de los 40 participantes el mayor porcentaje de participantes presenta un nivel de estrés severo y leve de estrés y una sobrecarga intensa de roles (75%) y (3%) respectivamente, sin diferencias estadísticas significativas. Por su parte, Correa y Grande (2010), en la investigación “Factores psicosociales y estrategias de afrontamiento al estrés del cuidador del adulto mayor dependiente en el hogar. PADOMI –TRUJILLO concluyeron que el 72,5% de los cuidadores familiares presentaron la estrategia de estrés centrado en el problema, 60% presentaron sobrecarga de roles leve, 57,5% presentaron un nivel de conocimientos medio y 60% un nivel adecuado de apoyo social. Así mismo se encontró que el nivel de apoyo social y grado de sobrecarga de roles tienen una relación altamente significativa con los tipos de estrategias de afrontamiento al estrés, sin embargo, el nivel de conocimientos no muestra relación significativa con las estrategias de afrontamiento al estrés.

PADOMI (Programa de Atención Domiciliaria ESSALUD, 2014) es la atención preferencial que brinda Essalud en el domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los centros asistenciales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y darles una atención integral y digna. Esta Atención Domiciliaria está dirigido a personas dependientes de otra persona para realizar sus actividades de la vida diaria, donde la Atención Domiciliaria le brinda el servicio de salud de mantenimiento en cuanto a enfermedades preexistentes

Por ello, debido a éste problema social y de Gestión Pública en Salud y viendo que se han realizado escasas investigaciones relacionadas al tema expuesto y ninguna en base al costo-efectividad se realizó el presente estudio con el fin de mostrar un trabajo que sea de ayuda a todo profesional de salud para el beneficio de la población de PADOMI, puesto que teniendo un seguro social de salud tienen el derecho a ser atendidos de manera integral para mejorar su calidad de vida; así también, buscar un espacio de apoyo a nuestros usuarios así como a sus familiares cuidadores, en un entorno holístico y sistémico de Persona-Familia y Comunidad. Es por estos motivos que nos propusimos determinar si la estrategia de abordaje integral en la atención domiciliaria (PADOMI) tendrá un mayor costo-efectividad en su aplicación que el modelo tradicional, en adultos mayores con fragilidad y discapacidad. CAP III Metropolitano –ESSALUD, 2014-2015.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 OBJETO DE ESTUDIO

El Universo estuvo conformado por todos los familiares de los 360 pacientes del programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del CAP III METROPOLITANO ESSALUD-La Libertad. La población estuvo formada por todos los familiares cuidadores de los 240 pacientes adultos mayores con discapacidad y fragilidad pertenecientes al programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del CAP III METROPOLITANO ESSALUD – La Libertad.

La muestra estuvo representada por 36 familiares de pacientes adultos mayores con discapacidad y fragilidad, de ambos sexos, seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, los cuales se hallaron de acuerdo a criterios estadísticos (Hernández, 2010). Los pacientes de PADOMI, que contaron con los respectivos criterios de inclusión y de exclusión fueron seleccionados de manera ALEATORIA, a través de una tabla de números aleatorios, en base al número de historia clínica y fueron pareados por edad y sexo.

2.2 MEDIOS

El presente fue un estudio comparativo de dos grupos, cuasi-experimental, transversal de tipo post-test, que se realizó luego de intervención de seis meses. Se comparó dos grupos: uno de ellos con la estrategia de abordaje tradicional y en el otro se diseñará e implantará una estrategia de abordaje integral cuya efectividad será medida de acuerdo a un inventario de habilidad de cuidado (IHC), el cuestionario SF-36 (calidad de vida del familiar cuidador) y la presencia de complicaciones producidas durante de la intervención. El análisis de costos de hizo desarrollando un costeo por absorción a cada uno de los métodos de abordaje del programa PADOMI. El análisis de costos se realizó a través del software SISCOS® perteneciente a ESSALUD y aprobado por Directiva 023-GG. El método de costeo fue por ABSORCIÓN, tomando en cuenta costos directos (personal, bienes y servicios) y costos indirectos (servicios intermedios y servicios generales).

2.3 MÉTODOS Y TÉCNICAS

Los datos obtenidos fueron anotados en una ficha de cotejo que registra todos los eventos relevantes para esta investigación y que fue confeccionada para este fin. Por otro lado los datos de costos de cada uno de las técnicas aplicadas, fueron anotados en la tabla de registro de costos.

Para el presente análisis se hizo uso del paquete SPSS V 18.0 y para evaluar la información se construyen cuadros de distribución de frecuencias de una entrada con sus valores absolutos y relativos, promedio y desviación estándar. Asimismo, se construyeron tablas de doble entrada para analizar la relación con las variables de edad y sexo.

Para determinar si existió diferencia significativa entre los índices de efectividad y costos, se emplearon las pruebas estadísticas de comparación de medias utilizando la distribución “t”, la prueba de comparación de proporciones utilizando la distribución normal “z”, ambas con un nivel de significancia del 5% ($\alpha=0,05$).

Tomando en cuenta los principios éticos del Reporte Belmont se tuvo muy especial precaución en conservar la autonomía de las personas y familias al respetar la decisión de pertenecer al grupo de investigación y guardando la confidencialidad de su información.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Comparación de la Habilidad de Cuidado del Familiar Responsable entre la intervención Tradicional y la Intervención de Abordaje Integral en pacientes de PADOMI. CAP III METROPOLITANO ESSALUD 2014-2015

HABILIDAD DE CUIDADO	INTERVENCIÓN TRADICIONAL	PROGRAMA DE ABORDAJE INTEGRAL	X ²	p
Global:			22,121	< 0,001
Ausente	33 (92%)	14 (39%)		
Presente	3 (8%)	22 (61%)		
Hombres:			PEF:0.5	>0,05
Ausente	3 (100%)	2 (67%)		
Presente	0 (0%)	1 (33%)		
Mujeres:			21,214	<0,001
Ausente	30 (91%)	12 (36%)		
Presente	3 (9%)	21 (64%)		
Edad 20-35 Años:			11,667	<0,001
Ausente	20 (95%)	10 (48%)		
Presente	1 (5%)	11 (52%)		
Edad 36 a más años:			10,995	<0,001
Ausente	13 (87%)	4 (27%)		
Presente	2 (13%)	11 (73%)		

Fuente: Encuesta Familiares cuidadores de PADOMI –CAP III METROPOLITANO

Tabla 2: Comparación de la Calidad de Vida del Familiar Cuidador entre la intervención Tradicional y la Intervención de Abordaje Integral en pacientes de PADOMI. CAP III METROPOLITANO ESSALUD 2014-2015

CALIDAD DE VIDA	INTERVENCIÓN TRADICIONAL	PROGRAMA DE ABORDAJE INTEGRAL	X ²	p
Global:			29,967	< 0,001
Adecuada	9 (25%)	32 (89%)		
No adecuada	27 (75%)	4 (11%)		
Hombres:			-----	-----
Adecuada	0 (0%)	0 (0%)		
No adecuada	3 (100%)	3 (100%)		
Mujeres:			27,641	<0,001
Adecuada	9 (38%)	30 (91%)		
No adecuada	24 (62%)	3 (9%)		
Edad 20-35 Años:			14,000	<0,001
Adecuada	6 (29%)	18 (86%)		
No adecuada	15 (71%)	3 (14%)		
Edad 36 a más años:			16,425	<0,001
Adecuada	3 (20%)	14 (93%)		
No adecuada	12 (80%)	1 (7%)		

Fuente: Encuesta Familiares cuidadores de PADOMI –CAP III METROPOLITANO

Tabla 3: Comparación de la presencia de complicaciones en los pacientes de PADOMI entre la intervención Tradicional y la Intervención de Abordaje Integral en pacientes de PADOMI. CAP III METROPOLITANO ESSALUD 2014-2015.

COMPLICACIONES	INTERVENCIÓN TRADICIONAL	PROGRAMA DE ABORDAJE INTEGRAL	X ²	p
Global:			19,429	< 0,001
SI	19 (53%)	2 (6%)		
NO	17 (47%)	34 (94%)		
Hombres:			PEF 0,8	>0,05
SI	1 (33%)	1 (33%)		
NO	2 (67%)	2 (67%)		
Mujeres:			21,359	<0,001
SI	18 (55%)	1 (3%)		
NO	15 (45%)	32 (97%)		
Edad 20-35 Años:			9,882	<0,001
SI	8 (38%)	0 (0%)		
NO	13 (62%)	21 (100%)		
Edad 36 a más años:			10,995	<0,001
SI	11 (73%)	2 (13%)		
NO	4 (27%)	13 (87%)		

Fuente: Encuesta Familiares cuidadores de PADOMI –CAP III METROPOLITANO

Tabla 4: Comparación del Costo Total mensual entre la intervención tradicional y la intervención de Abordaje Integral en Pacientes de PADOMI. CAP III METROPOLITANO ESSALUD 2014-2015.

MES	INTERVENCIÓN TRADICIONAL		PROGRAMA DE ABORDAJE INTEGRAL	
	COSTO UNITARIO S/.	COSTO TOTAL S/.	COSTO UNITARIO S/.	COSTO TOTAL S/.
NOV 2014	73,02	2628,72	65,72	2365,92
DIC 2014	82,21	2959,56	68,31	2459,16
ENE 2015	78,63	2830,68	64,67	2328,12
FEB 2015	89,18	3210,48	62,77	2259,72

MES	INTERVENCIÓN TRADICIONAL		PROGRAMA DE ABORDAJE INTEGRAL	
	COSTO UNITARIO S/.	COSTO TOTAL S/.	COSTO UNITARIO S/.	COSTO TOTAL S/.
MAR 2015	76,34	2748,24	56,59	2037,24
ABR 2015	78,56	2828,16	54,27	1953,72
Parámetros Estadísticos				
n		6		6
x		2867,64		2233,98
S		200,13		197,43
t			5,5212	
p			< 0,001	

Fuente: Software SISCOS ® perteneciente a ESSALUD y aprobado por Directiva 023-GG- ESSALUD

“Los cambios sociales, económicos y tecnológicos de los últimos años ocasionaron y ocasionan transformaciones significativas en los formatos de la organización del trabajo, como también en las modalidades de los servicios prestados a la población, así como en la forma de pensar, hacer, vivir del ser humano, desafiándolo a enfrentar las cuestiones relativas a la vida, al trabajo y al proceso de salud y enfermedad” (Weykamp y col, 2016).

En Latinoamérica se observa una mayor esperanza de vida, acompañada de mejor calidad de vida durante la vejez, debido a los avances médicos, mejoras ambientales, cambios de comportamiento, aumento de condiciones socioeconómicas y las mejores condiciones de vida durante los primeros 15 años de vida. Lo anterior, plantea que detrás de cada adulto mayor, en muchos casos, existe una persona que lo apoya en la satisfacción de sus necesidades básicas de cuidado (Trujillo, 2008). Asimismo la atención específica hacia el paciente anciano al incrementar su demanda no ha permitido la conveniente adecuación de los servicios destinados a la atención de esos grupos; la organización social no se encuentra preparada para manejar con propiedad este tipo de situaciones, y esto hace que otras alternativas de prestación de servicios de salud, como la atención domiciliaria, cobre cierta relevancia (Gamboa, 2009).

Es importante resaltar que en el marco de la modernización de la gestión pública se buscan intervenciones que sean eficientes y costo-efectivas (PCM, 2013). Sin embargo, debemos señalar que en salud los costos se ven incrementados muchas veces porque las acciones son orientadas actualmente en intervenciones recuperativas que siendo en este caso adultos mayores con discapacidad y fragilidad dan lugar a mayor egreso presupuestal.

Estrategias que se orientan a atenciones domiciliarias evitan complicaciones por hospitalización (Weykam y col, 2016; Teruel y col, 2014) y en muchos países según señala Naranjo-Rojas y colaboradores (Naranjo-Rojas y col, 2016): “se han convertido en uno de los principales pilares de la prestación de los servicios de salud, ya que se ajusta a las necesidades de pacientes con afecciones de salud crónicas” pero conllevan también al incremento de intervenciones por falta de involucramiento familiar y eso deriva en mayor gasto. También debemos tener en cuenta que los familiares cuidadores son sometidos a estrés por falta de reforzamiento de su habilidad de cuidado y la alteración en su calidad de vida. Esto hace necesaria una estrategia de abordaje integral que no sólo contemple la atención sino fundamentalmente el empoderamiento familiar.

La atención a domicilio es percibida como un abordaje diferenciado del cuidado, reduciendo y/o auxiliando en las demandas en salud, en la calidad del servicio y a superar la incoherencia entre la oferta de servicios y las necesidades de salud de la población, constituyendo un sistema integrado de salud que se basa en la cooperación, integración e interconexión (Mendes, 2011).

En el presente estudio se determinó que la estrategia de abordaje integral en la atención domiciliaria (PADOMI) tiene mayor costo-efectividad en su aplicación que el modelo tradicional, en adultos mayores con fragilidad y discapacidad. CAP III Metropolitano – ESSALUD, 2014-2015.

PADOMI (Programa de Atención Domiciliaria) en EsSalud (ESSALUD, 2014), es un programa nacional diseñado para atender a adultos mayores con fragilidad y discapacidad en su domicilio de tal manera que se evite el traslado del mismo a un establecimiento de salud con los riesgos que esto conlleva. Sin embargo, se ha convertido tradicionalmente en una intervención asistencialista que no ha fortalecido el empoderamiento familiar ni ha evaluado las características del familiar cuidador en relación al estado de salud del paciente. Algunos estudios si han demostrado esta relación (Bones-Rocha, 2009) y han considerado intervenciones en los familiares cuidadores que han mejorado intervenciones similares a la realizada en EsSalud.

La estrategia de abordaje integral se basa en instrumentos para la atención centrada en la persona en gerontología (Martínez, Suárez-Alvarez y Yanguas; 2016). Es característico que la mayoría de familiares cuidadores son de sexo femenino y que éstas son más atentas a realizar un servicio más integral y a aprender técnicas de cuidado, tal como se han observado en otros estudios similares (Naranjo-Rojas y col, 2016). Al respecto en nuestro estudio hemos notado mayor proporción de este sexo (96%) y su relación con mejoras diferencialmente significativas ($p < 0,001$) en el programa PADOMI con la estrategia de abordaje integral, y sin embargo no se ha visto diferencia significativa por edades (Ver Tablas 1 y 2).

Uno de los indicadores de salud clave para medir el resultado que demuestre que una estrategia de salud es más efectiva que otra es el número de complicaciones que se puedan presentar en un servicio. La idea fundamental es que éstas no estén presentes (Naranjo-Rojas y col, 2016), pero muchas veces por factores propios del paciente y también de la habilidad para el cuidado van a favorecer o evitar la aparición de estas (Espinell-Bermúdez, 2011). En nuestro estudio notamos que la aparición de complicaciones se reduce muy significativamente (ver tabla 3) con una estrategia de abordaje integral ($p < 0,001$) y que la capacitación continua y el acompañamiento con el llamado telefónico ha demostrado ser más efectiva (Gallager-Thompson, 2007) que una atención programada y rutinaria que sólo da un ejercicio vertical de la atención y no empodera a la familia en sí.

Cuidar es una clase de preocupación, que tiene elementos invisibles, intangibles y difíciles de contabilizar, en ese sentido, el papel del cuidador familiar se define por sobretodo por su capacidad de adquirir el conocimiento, la paciencia y el valor para ello, es decir, la habilidad de cuidado (Van Manen, 2002). Durante la implementación del abordaje integral se ha logrado mejorar también la habilidad de cuidado y la calidad de vida del familiar cuidador (Ver tablas 1 y 2), con diferencias altamente significativas ($p < 0,001$) con respecto al abordaje tradicional, esto demuestra que un abordaje holístico que tome en cuenta el binomio persona-familia (Arias y García, 2015), resulta siendo más efectivo en los abordajes de atención de salud que aquellos con enfoque netamente asistencialista, tal como se demostró en un estudio colombiano realizado en 77 cuidadores de personas con enfermedad crónica donde mostró que el 69% de los cuidadores reportaron recibir ayuda para cuidar (Blanco, 2007). Al respecto Romeo y colaboradores, demostraron la importancia de esta relación sobretodo en el caso de pacientes terminales (Romeo y col, 2007), asimismo se han visto estudios donde la mejora en la habilidad del cuidado disminuye notablemente el nivel de sobrecarga de estrés en cuidadores (Díaz y col, 2015) reforzando fuertemente estos hallazgos.

Además de la gran importancia de la efectividad en las intervenciones de salud, no podemos dejar a un lado la eficiencia que es un indicador claro del adecuado uso del gasto público (Parodi, 2000). Al respecto, se ha demostrado que a pesar de que el programa de abordaje integral ha requerido intervenciones educativas y programación horaria de acompañamiento telefónico, éstos al reducir las complicaciones también redujeron el número de visitas y el mejor control y recuperación del paciente lo cual ha disminuido significativamente ($p < 0,001$) los costos globales de la intervención (Ver tabla 4).

Por tanto, tomando en cuenta que esta propuesta de abordaje integral demuestra indicadores de eficiencia y de efectividad resulta de interés tomar en cuenta la reflexión de cómo se están realizando las actuales intervenciones en los servicios de salud estatales en el marco de la modernización de la gestión pública. Al respecto, hay que tomar en cuenta que en Colombia ya hay estudios que vienen demostrando la importancia de la disminución de sobrecarga en cuidadores como una experiencia de gestión (Sánchez R, Molina E, Gómez-Ortega Olga; 2016).

Finalmente, esta investigación es un aporte a la Gestión Pública en el marco del entendimiento de la Salud como derecho humano con intervenciones que demuestren eficiencia y equidad para lograr políticas adecuadas de modernización del Estado.

4. CONCLUSIONES

La habilidad de cuidado del familiar responsable, luego de una intervención de abordaje integral en comparación a la intervención tradicional es diferente significativamente a favor de la primera, siendo más resaltante en mujeres pero sin diferencial por grupo etario. Existe diferencia significativa en la calidad de vida del familiar cuidador, luego de una intervención de abordaje integral no existiendo diferencias por edad ni sexo. Existen menos complicaciones en la presencia de complicaciones en los pacientes, luego de una intervención de abordaje integral y están significativamente asociadas con la presencia de familiares cuidadores de sexo femenino. Existe diferencia altamente significativa entre los costos de una intervención de abordaje integral en comparación a la intervención tradicional siendo menores en la primera.

AGRADECIMIENTOS

Al equipo multidisciplinario de PADOMI del CAP III METROPOLITANO así como a los usuarios y familiares que me permitieron hacerlos parte de esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias M, García C. 2015. The transition of palliative care from the hospital to the home: a narrative review of experiences of patients and family caretakers. *Invest Educ Enferm*; 33(3): 483-491.
- Barrera L, Blanco de Camargo L, Figueroa P, Pinto N, Sánchez B. 2011. Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Una mirada internacional. *Revista AQUICHAN* año 6, vol 6, 1(6): 22- 33.
- Barrera L, Pinto N, Sánchez B, Carrillo G, Chaparro L. 2010. *Cuidando a los Cuidadores: Familiares de personas con enfermedad crónica*. Colombia. Editorial Universidad Nacional de Colombia. Primera edición. 360 pp.
- Barrera-Ortíz L, Carrillo-González G, Chaparro Díaz L y Cols. 2011. Soporte social con el uso de TIC's para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Rev salud pública*. 13 (3): 446-457.
- Blanco. 2007. Habilidad de cuidado de los cuidadores principales de niños en situación de enfermedad crónica que consultan en la Clínica Colsanitas. *Av. Enferm.*, XXV (1): 69-82, 2007.
- Bones-Rocha K, Forns-Serrallonga D, Chamorro-Lusar A. 2009. Relación entre adherencia al tratamiento, clima familiar y estilos educativos. *Interamerican Journal of Psychology*. 2009; 43: 340-349.
- Burgio L, Stevens A, Guy D, Roth D, Haley We. 2003. Impact of two psychosocial interventions on White and African American family caregivers of individuals with dementia. *Gerontologist*. 43(4):568-579.
- Cardonas-Corredor D y Cols. 2010. Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. *Aquichan*, vol 10, N° 3.
- Casado, D. y Lopez, G. 2001. *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Barcelona: Fundación La Caixa. 241 pp.
- Correa, A. y Grande, B. 2010. "Factores psicosociales y estrategias de afrontamiento al estrés del cuidador del adulto mayor dependiente en el hogar. PADOMI. ESSALUD". Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería UNT – Trujillo.
- Eisdorfer C, Czaja SJ, Loewenstein Da, Rubert MP, Arguelles S, Mitrani VB y Col. 2003. The effect os a family therapy and technology-based intervention on caregiver depression. *Gerontologist*; 43(4):521-531.
- Espinel-Bermudez M, Sanchez García S, Juárez-Cedillo T, García-González J, Viveros-Pérez A, García-Peña C. Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. 2011. *Salud Pública de México*; 53(1): 17-25.
- Eterovic D, Mendoza S, Sáez K. 2015. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enfermería Global*; (38): 235-248.
- Gallager-Thompson D, Gray H, Tang P, Pu C, Leung L, Wang P, y Cols 2007. Impact of in home behavioral management versus telephone support to reduce depressive symptoms and perceived stress in Chinese caregivers: results of a pilot study. *Am J Geriatr Psychiatr*; 15 (5):425-434.
- Gamboa G. 2009. Atención domiciliaria de la persona anciana: una perspectiva bioética. *Chía, Colombia*; 9(2): 171-184.
- García, N. y Vargas, T. 2012. "Sobrecarga de roles en el estrés del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia funcional". Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería UNT – Trujillo.
- Gitlin LN, Belle SH, Burgio LD, Czaja SJ y Cols. 2003. Effect of multicomponent interventions on caregiver burden and depression: the REACH multisite initiative at 6 –month follow up. *Psychol Aging*; 18(3):361-374.
- Hernandez, R., Fernandez, C. y Badpista, M. 2010. "Metodología de la Investigación". 5° edición. Mc Graw Hill Interamericana S.A. México.656 pp.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). 2011. "Indicadores Demográficos-Población: Perú en cifras", disponible en <http://www.inei.gov.pe/web/principioshome2.asp>. Acceso el 14 de Julio del 2013.
- Martínez T, Suárez-Alvarez J, Yanguas J. 2016. Instruments for assessing Person Centered Care in Gerontology. *Psicothema*, vol 28(2): 114-121.
- Mateo Rodríguez I y Cols. 2000. Cuidadores Familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Atención Primaria*; 26 (3):139-144.

- Mendes EV. 2011. Redes de Atención a Salud. Brasilia: Organización Pan Americana de Salud. 554 pp.
- Muñoz, C.; Novoa, D.; Ortiz, T. y Retamal, C. 2004. Factores que influyen en el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, adscritos al consultorio Violeta Parra de Chilla, Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Universidad del Bío Chillán. Chile, pág. 52-54.
- Naranjo –Rojas A, Millán J, Orrego M. 2016. Adherencia de planes caseros de terapia respiratoria en pacientes con enfermedades crónicas del programa de atención domiciliaria de la IPS SISANAR, Cali, 2014. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 24(2):212-219.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1998. Informe sobre la salud en el mundo. La vida en el s. XXI: una perspectiva para todos. Documento de la OMS. Ginebra. 2225 pp.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2002. Perfil del adulto mayor. Trujillo. La Libertad. 1ra Edición. Editorial Proyecto UNI. Perú: 8-10.
- Parodi, G. 2000. El cuidador del paciente adulto mayor dependiente. Lima, Perú. Edit. Copyrigh. 43 pp.
- Peggy, K. 2006. Programa de Envejecimiento de Naciones Unidas. Nueva York.
E:/medwaveEdiciónmarzo2007/brl/JornadaInternacionaldeEnfermeríaGerontológicayGeríatricadelVregión.htm. Acceso el 20 junio del 2013.
- Pérez Delgado A y Cols .2009. Intervención Educativa en Diabéticos Tipo 2. Revista Cubana de Medicina General Integral; 25 (4)17-29.
- Presidencia del Consejo de Ministros (PCM).2013. Plan de Implementación de la política Nacional de Modernización de la Gestión Pública 2013-2016. Perú. Secretaría de Gestión Pública Presidencia del Consejo de Ministros.
- Rego, S. 2008. Cuidar al cuidador para disminuir su estrés. Disponible en <http://www.diariomedico.com/area-profesional> consultado el 04 de agosto del 2013.
- Romeo D, Pérez F, Robinson A. Caracterización de los pacientes terminales y su atención domiciliaria por parte de un equipo básico de salud. Rev Cubana Med Gen Integ; 23(3).
- Sánchez B.2001. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación crónica de enfermedad. Investigación y Educación en enfermería; 19(2):36-51
- Sanchez R, Molina E, Gómez-Ortega O. 2016. Intervenciones de Enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. Rev Cuid; 7(1): 1171-1184.
- Seguro Social de Salud del Peru – ESSALUD. 2014. Programa de Atención Domiciliaria. Disponible en <http://www.essalud.gob.pe/atencion-domiciliaria-padomi/>. Acceso el 21 de enero del 2014.
- Teruel J, Rexach L, Burguera V, Gomis A, Rodríguez-Mendiola N, Díaz A, Collazo S, Quereda C. 2014. Programa de atención domiciliaria a pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Experiencia de dos años. Nefrología; 34(5):611-616.
- Torres, R. 1998. Guía para las personas que asisten a pacientes adultos mayores. Edición portal S.A.: 17-23.
- Trujillo A. 2008. Cuidado informal en América Latina: Posibles implicaciones para el sistema de salud colombiano. University of Central Florida. Segunda Jornada académica ACOES. Bogotá.
- Van Manen M. 2002. Care as Worry, or Don't Worry, Be Happy. Qual Health Res. 12(2): 262-278.
- Vilagut G y Cols. 2008. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. Med Clín (Barc); 130(19):726-35.
- Weiner C, Cudney S, Winters C. 2005. Social Support in Cyberspace. The next Generation. CIN: Computers Infomatics Nursing; 23(1):7-15.
- Weykamp J, de Siqueira H, Cecagno D. 2016. Modalidades de atención a domicilio del Sistema único de Salud (SUS) articuladas a las Redes de Atención a la Salud. Enfermería Global; (43): 480-492.