



INVESTIGACIÓN

Adherencia al Tratamiento y Seguimiento de Pacientes con Enfermedades No Transmisibles

Implementando un modelo humanizado de atención
basado en la persona



Investigador Principal

Dra. Willma Jenny Achá Miranda

Investigador Asociado

PhD. Ac. Marco Antonio Herbas Justiniano MD.

Personal de salud participante de la investigación

Dr. Henry Tapia

Dr. Israel Ramírez

Dra. Olivia Ramírez

Dra. Ana María Escobar

Dra. Carla Antezana Fernández

Dra. Yuliza Callex Cruz

Lic. Melanny Tangara Calle

Lic. Margot Ferreira

Lic. María Pérez

Sr. Alejandro Mamani

Sra. Marcela Flores

Equipo de diagramación y diseño

Ing. Alex Gutiérrez Quispe

Ing. Voronov M. Enriquez Anzoleaga

Repositorio de investigaciones en salud y desarrollo

Asociación de Promotores de salud del Área Rural

Adherencia al Tratamiento y Seguimiento de Pacientes con Enfermedades No Transmisibles. Implementando un modelo humanizado de atención basado en la persona.

Una experiencia en el Hospital de Segundo Nivel "Barrios Mineros" y Hospital de Tercer Nivel "San Juan de Dios - Bloque Oruro - Corea"

APROSAR

2024

www.aprosarbolivia.org.bo

CONTENIDO

INVESTIGACIÓN

Fidelización al Tratamiento y Seguimiento de Pacientes con Enfermedades No Transmisibles. Implementando un modelo humanizado de atención basado en la persona



01 Apuntes sobre el Síndrome Metabólico
Enfermedad Cardiovascular
Diabetes Mellitus
Hipertensión Arterial
Obesidad Central
Sedentarismo

02 Modelo humanizado de atención en salud propuesto

Justificación
Marco de implementación del modelo
Acciones estratégicas por nivel de atención
- sistemas, finalidades y alcance

03 Premisas y resultados esperados en la implementación del modelo sanitario humanizado

04 Resultados obtenidos de la evaluación de 12 meses (Gestión 2023) de la implementación del modelo humanizado de atención centrado en la persona

Datos demográficos obtenidos
Padecimiento de patologías de base al inicio del proceso de investigación
Padecimiento de patologías de base al inicio del proceso de investigación

05 Discusión

06 Conclusión

AGRADECIMIENTOS

El presente documento se desarrolló gracias al compromiso y participación de las autoridades sanitarias del Servicio Departamental de Salud – SEDES – Oruro, las Direcciones de los Hospitales: San Juan de Dios – Bloque Oruro – Corea y del Hospital de Segundo Nivel barrios Mineros. De igual manera se desarrollaron una serie de eventos de expertos con la Sociedad de Medicina Interna Filial Oruro, la Academia Boliviana de Medicina ABOLMED, con quienes se desarrollaron los instrumentos de recolección de información y se profundizó el análisis de los resultados obtenidos.


Se llevó a cabo esta investigación en el marco del proyecto ImpulsAS – VIDA, cuyo compromiso de los equipos de APROSAR y Lovaina Cooperación fue fundamental para la implementación técnica y operativa de la misma.

Por otra parte, un reconocimiento a la alta dirección, de ambos nosocomios, al Dr. Israel Ramírez Arauz. Director del Hospital San Juan de Dios Bloque Oruro – Corea, al Dr. Henry Tapia Alá Director del Hospital de Segundo Nivel – Barrios Mineros, de igual manera al personal de salud de ambos nosocomios, que, con su compromiso insidioso en la implementación piloto del modelo, lo que conllevó a la aplicación de estrategias y actividades implícitas en su operativización. Finalmente, nuestro mayor reconocimiento a hombres y mujeres que viven con estas patologías, y que su propio compromiso con la vida ayudó a valorar una serie de factores positivos que incidieron en la consecución de los resultados que presentamos en este documento

A todos ellos nuestro mayor reconocimiento y total agradecimiento.



PhD Ac. Marco Antonio Herbas Justiniano MD



Juntos y movilizados
por el Derecho a la
SALUD y la **VIDA.**

A 32 AÑOS DE NUESTRA CREACIÓN



Dr. Humberto Herbas L.

Desde 1982, cuando el Proyecto CONCERN Internacional (PCI) llegó a Bolivia, hasta la creación de la Asociación de Promotores de Salud de Área Rural – APROSAR, sucedieron una serie de hechos en salud a nivel nacional y también departamental, ese entonces el Dr.

Humberto Herbas Lavayen, fungía como Director de Unidad Sanitaria (17 años entre continuos y discontinuos), ahora Servicio Departamental de Salud – SEDES, y fue quien firmo, con el Lic. Gregorio Raque Director del PROJECT CONCERN, el convenio de cooperación interinstitucional y el primer plan de extensión de cobertura en el país, fundamentado en la formación de “Promotores y promotoras de salud”, para fortalecer el primer nivel de atención sanitaria, creando puentes y facilitando la articulación del sistema sanitario institucionalizado con la comunidad.

Bajo la dirección de sanidad del Dr. Herbas se implementó el mencionado Plan en coordinación con el Ministerio de Salud, cuyo titular en esos primeros años fue el Dr. Javier Torrez Goitia, posteriormente y a partir de 1990 el PCI implemento un plan de transferencia de capacidades hasta que APROSAR en 1992 logro su plena independencia, obteniendo su resolución suprema y posterior Registro Único de ONG.

En todos estos años APROSAR implemento una serie de intervenciones en salud en los departamentos de Oruro, La Paz, Beni, Potosí y Chuquisaca, la organización vivió en su existir 3 procesos de reingeniería, formulando sus Planes Estratégicos Institucionales (PEI), en las determinantes Sociales de la Salud, así como también en las necesidades e intereses de las



Tec. Anastacio Choque Mamani

DIRECTOR NACIONAL APROSAR

poblaciones fundamentalmente indígenas, originarias y en la población migrante a las ciudades capitales y a las ciudades intermedias, en este marco amplio sus operaciones a los campos de la salud comunitaria, seguridad y soberanía alimentaria, agua y saneamiento, así como desarrollo económico local solidario.

Con sus socios internacionales y locales, en base a los conocimientos ancestrales de la población objetivo, APROSAR viene impulsando la implementación de modelos de desarrollo alternativos, integrales, fundamentados en el enfoque de Derechos humanos y la perspectiva de género, incluyentes y de amplia participación democrática.

En este Octubre, nuestro mes aniversario, quiero agradecer a las autoridades políticas nacionales, regionales y locales, de igual manera a las autoridades sanitarias de educación, producción, desarrollo económico y otras implicadas, al igual que a la “academia”, Universidades con las que tenemos convenio, sociedades científicas y sociedades de profesionales, con quienes se hace los correspondientes esfuerzos para generar evidencia que apoye la implementación de acciones costo efectivas como la que proponemos en este documento. Por ultimo agradecer a los y las bolivianos que, como población beneficiaria de los proyectos implementados hasta la fecha, hizo propios los mismos y procuro el éxito de los mismos.

Finalmente agradecer a los y las promotores de salud que brindan su tiempo y compromiso hacia sus comunidades de manera gratuita y desinteresada.

A todos ellos, gracias por ser parte de APROSAR en algún momento de su basta historia.

PRESENTACIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT) en la actualidad se constituyen en uno de los problemas de salud Pública más importantes a nivel mundial por su magnitud, vulnerabilidad y trascendencia, la Organización Mundial de la salud OMS, calcula que para la Región de las Américas se producen por año 5,5 millones de muertes, lo que equivale al 80% de las muertes totales, esto aún repercute más en población económicamente activa (20 a 69 años), donde en el mismo periodo 2,2 millones de muertes se producen por estas patologías, siendo las principales causantes, las dietas poco saludables, el hábito y uso nocivo de tabaco y alcohol, y la inactividad física (sedentarismo).

Sin duda alguna las ENT se constituyen una de las causas más frecuentes de discapacidad, por el costo elevado de la propia atención sanitaria que deriva del proceso patológico (Tratamiento médico ambulatorio,

hospitalización y rehabilitación). Según las proyecciones del World Economic Forum and Harvard (2011), para el periodo 2011 – 2030 las ENT, representaran para la economía mundial un costo superior a los 30 billones de dólares, lo que en cifra representa el 48% del Producto Interno Bruto (PIB) a nivel mundial (2010), generando que los niveles de pobreza se profundicen en una sociedad ya inequitativa actualmente.

Si bien estas patologías crónicas como se mencionó son causa de muerte y discapacidad, muchas de ellas pueden prevenirse, incidiendo positivamente en los factores de riesgo y adoptando medidas costo efectivas que a nivel sanitario institucional, social y cultural, sean contextualizadas y asumidas de manera proactiva por los propios pacientes. Consiguientemente en base a la medicina basada en la evidencia se definieron soluciones de bajo costo para la prevención, control y manejo de las ENT, dichas experiencias de alguna manera están inscritas en el proyecto de la hoja de ruta 2023-2030 para la aplicación del plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2030 de la OMS, la cual recomienda 88 intervenciones, entre las que se encuentran 16 intervenciones, las cuales son las más rentables y factibles de aplicar. Según las propias proyecciones de la OMS, por cada dólar invertido en estas operaciones en países de renta baja me-

dia-baja, se podría obtener un retorno efectivo de al menos 7 dólares para el año 2030.


En este marco el sociólogo John Naisbitt (1929-2021), plantea la necesidad de retomar las bases “humanísticas” para soslayar los efectos negativos creados por el inadecuado manejo del avance tecnológico, coincidiendo de alguna manera con el cambio de paradigma en la atención sanitaria, que transitaba de un enfoque biomédico - reduccionista a uno sistémico o biopsicosocial, para lo cual analizaremos el modelo de atención humanizado propuesto en nuestra investigación e implementado en diferentes momentos tanto en el Hospital de Segundo Nivel “barrios Mineros” como en el Hospital de Tercer Nivel “San Juan de Dios, bloque Oruro – Corea, en el departamento de Oruro en la gestión 2023 y primer trimestre 2024.

Dicho modelo retoma conceptos exitosos implementados en américa latina y el caribe, y busca la fidelización al tratamiento, con el fin de lograr una vida digna, un mayor bienestar de los y las pacientes, al igual que un menor costo derivado de la atención al propio sistema de salud local y al Seguro Universal de Salud.

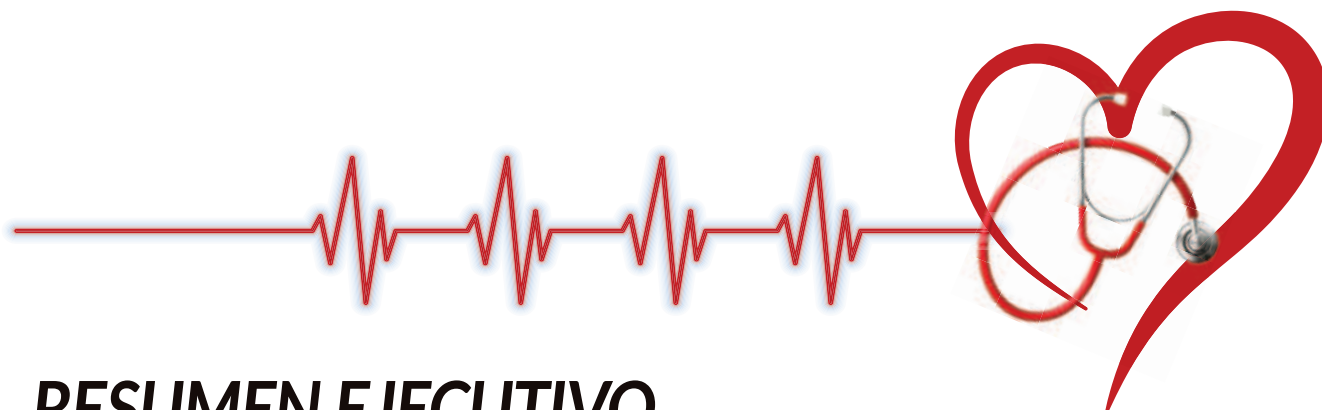
Por el equipo Investigador:



Dra. Wilma Jenny Achá Miranda



Juntos y movilizados
por el Derecho a la
SALUD y la **VIDA.**



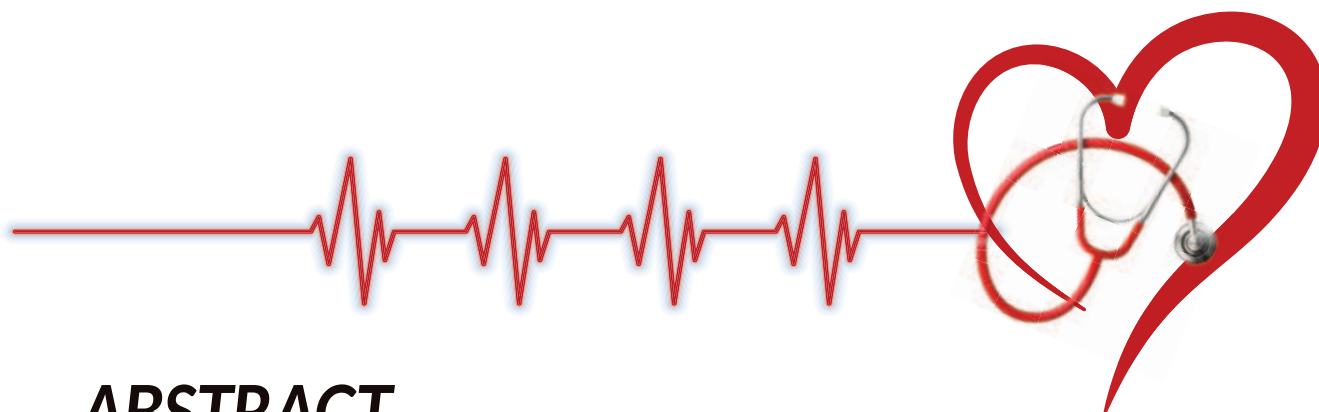
RESUMEN EJECUTIVO

Las estadísticas internacionales como nacionales nos demuestran que cada vez más el sistema sanitario debe enfrentarse a una serie de cambios, y dar respuesta primero a una serie de enfermedades emergentes y remergentes, también es cierto que nuestra población está envejeciendo, por lo que las prioridades de salud deben ir a responder las necesidades e intereses de la población denominada de la tercera edad y que padece en gran medida como es reportado por la Organización Mundial de la Salud OMS y el ministerio de Salud y Deportes, de enfermedades crónicas no transmisibles.

El modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) o modelo Housing, implantado en países como Reino Unido, Dinamarca, Noruega, Alemania y Suecia, ha demostrado tener mayor aceptación que los modelos tradicionales en consecuencia el “Modelo humanizado de atención” propuesto e implementado de manera piloto y particular en el servicio de medicina interna de los hospitales de tercer nivel “San Juan de Dios, Oruro – Corea” y el de segundo nivel “Barrios

Mineros” tiene como principal objetivo “El generar en estos pacientes una Vida Digna” ejercer el derecho a la salud y el construir un modelo sanitario resiliente y de alta calidad. Los resultados obtenidos, primero en una fase de experimentación y después de implementación en una fase piloto, muestran que esta es altamente efectiva a nivel de los y las pacientes que viven con ENT, los mismos que muestran una mejora objetiva y subjetiva de su salud, fidelización al tratamiento integral, y mejora de su calidad de vida. De igual manera el sistema sanitario tiene una mejor imagen frente a la sociedad, establece parámetros adecuados de legitimidad e incrementa la credibilidad y satisfacción del propio prestador de servicios de salud.

Palabras clave: Modelo de atención humanizado, Atención centrada en la Persona, Calidad de vida.



ABSTRACT

International and national statistics show us that the health system must increasingly face a series of changes, and respond first to a series of emerging and re-emerging diseases. It is also true that our population is aging, so the priorities of Health must respond to the needs and interests of the so-called elderly population, who suffer to a large extent, as reported by the World Health Organization (WHO) and the Ministry of Health and Sports, from chronic non-communicable diseases.

The Person-Centered Care (PCA) model or Housing model, implemented in countries such as the United Kingdom, Denmark, Norway, Germany and Sweden, has proven to have greater acceptance than traditional models, consequently the "Humanized Care Model" proposed and Implemented in a pilot and particular manner in the internal medicine service of the third-level hospitals "San Juan de Dios, Oruro – Korea" and the second-level "Barrios Mineros" hospitals, its main objective is "To generate a Dignified Life in these patients." exercise the right to

health and build a resilient and high-quality health model.

The results obtained, first in an experimentation phase and after implementation in a pilot phase, show that this is highly effective at the level of patients living with NCDs, who show an objective and subjective improvement in their health. loyalty to comprehensive treatment, and improvement of their quality of life. Likewise, the health system has a better image in society, establishes adequate parameters of legitimacy and increases the credibility and satisfaction of the health service provider themselves.

Keywords: Humanized care model, Person-centered care, Quality of life.





*Síndrome
Metabólico*



Apuntes sobre el Síndrome Metabólico

Es más probable que tenga síndrome metabólico si almacena grasa alrededor de su vientre (tipología de manzana) en lugar de almacenarla alrededor de las caderas (tipología de pera). Esto sucede en:

La mayoría de los hombres

Las mujeres después de la menopausia

El síndrome metabólico también puede afectar a niños y adolescentes.

El síndrome metabólico denominado también “Síndrome X, síndrome de resistencia a la insulina”, es considerado como un conjunto de alteraciones metabólicas que definen de alguna manera, la existencia de un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (CVD, Cardiovascular Disease) y Diabetes Mellitus. Estos criterios variaron desde la definición original aportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, amparados en una serie de eventos científicos que desarrollaron la evidencia necesaria en el campo clínico y el análisis por parte de expertos que llegaron a cierto consenso sobre el tema patológico estudiado. Entre las principales características fruto de estos consensos del síndrome metabólico incluyen en primer lugar, la obesidad central, la hipertrigliceridemia, la existencia de concentraciones bajas de colesterol de lipoproteína de alta densidad (HDL, highdensity lipoprotein), la hiperglucemia y logicamente la hipertensión. (Joseph Loscalzo, Anthony Fauci, Dennis Kasper, Stephen Hauser, Dan Longo, J. Larry Jameson, 2023).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la actualidad está promoviendo de manera organizada, la implementación de la metodología STEP wise (pasos), estrategia costo efectiva para la vigilancia de los factores de riesgo asociados a Enfermedad No Transmisibles (ENT), el mismo posee un enfoque sistémico muy simple y el cual es estandarizado, cuyo proceso incluye la medición de variables ya definidas y concertadas para hábitos o estilos de vida, desarrolla paralelamente la toma adecuada

de variables físicas y datos laboratoriales que engloban los criterios definidos del Síndrome Metabólico con la consecuente identificación de los factores de riesgo. De esta manera podemos considerar a la misma como una metodología útil para la evaluación del Síndrome metabólico y la definición de riesgo cardiovascular potencial de manera temprana.

Esto en virtud, de que la detección precoz de los factores de riesgo en base a los criterios clínicos y laboratoriales ya definidos, englobados en el Síndrome Metabólico (SM) 1-10, se consideran medidas esenciales para la prevención de las enfermedades cardio – metabólicas, es importante identificar el mismo en virtud de que este se asocia con el riesgo cinco veces mayor de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y dos veces de desarrollar enfermedad cardiovascular (ECV) durante los próximos 5 a 10 años de instaurado el proceso patológico. Consecuentemente la relación directa con el desarrollo de las ECV, DM2 y su contribución natural al aumento de la incidencia de discapacidad secundaria; implica una mayor probabilidad de muerte prematura, lo cual repercute claramente en los costos asistenciales del servicio sanitario y del propio Seguro Universal de Salud – SUS, lo que encarece su manejo y sostenibilidad de las intervenciones y prestaciones del mismo.

En este marco, diferentes estudios para la estimación de la prevalencia mundial de SM

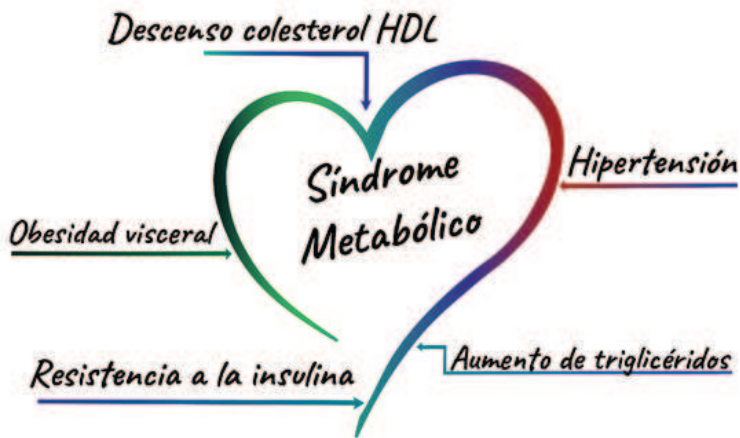


Figura 1 Caracterización del Síndrome Metabólico

(Síndrome metabólico), definen que el mismo varía de <10% a 84%. Esta variación que advertimos puede deberse a las diferencias existentes entre los grupos poblacionales que fueron evaluados, como por las diferentes regiones que definieron los estudios, así como el ámbito rural, y urbano marginal definido en el mismo. Es también importante mencionar que para esta variación también debe considerarse, variables como sexo, edad y raza. (Yercin Mamani Ortiz, Ada Armaza Cesped Marcos Medina Bustos, Jenny Marcela Luizaga Lopez, 2023).

Los datos epidemiológicos del SM en población adulta del Estado plurinacional de Bolivia son relativamente conocidos, se cuenta en la actualidad con datos proporcionados por estudios aislados en grupos poblacionales específicos, sobre todo de población cautiva – asegurados del sistema de la seguridad social, también en otros grupos como militares, obesos, mujeres embarazadas y conductores del transporte público, estudios que reportan una prevalencias que varían entre 20 a 79% de la población estudiada. Es de hacer notar que, a pesar de su importancia clínica y epidemiológica, no se cuenta con estudios en población general, lo que dificulta conocer su verdadero comportamiento a nivel nacional y consecuentemente su verdadera utilización en programas y políticas sanitarias. (J. Alejandro Barrientos Salinas y Mariela A. Silva Arratia, 2020)

1.1. Enfermedad Cardiovascular (ECV)

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se constituyen en un conjunto de patologías que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, entre los que se pueden identificar:

La cardiopatía coronaria, definida como la enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco.

Las enfermedades cerebrovasculares, que afectan a los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro.

Las arteriopatías periféricas, que afectan los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores.

La cardiopatía reumática, que implica las lesiones del músculo cardíaco y de las válvulas cardíacas, producida por la fiebre reumática.

Las cardiopatías congénitas, que conllevan malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento.

Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares, causadas por coágulos de sangre



Figura 2 Enfermedades Cardiovasculares (ECV)

(trombos) en las venas de los miembros inferiores, mismas que pueden desprender émbolos y alojarse en los vasos del corazón o en los pulmones. (OMS, 2017)

Los factores de riesgo más importantes en la producción de las enfermedades cardiacas y los accidentes cerebrovasculares son los hábitos poco saludables como la dieta, la inactividad física (Sedentarismo), el consumo de tabaco y la ingesta de alcohol. Estos factores de riesgo conductuales, de alguna manera pueden presentarse con sobre peso, obesidad, hipertensión, hiperglucemia e hiperlipidemia (Factores de riesgo intermedios), los cuales pueden identificarse y medir en los establecimientos sanitarios, los cuales son patognomónicos de la existencia de mayor riesgo de ataque cardiaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca y otras complicaciones. (OMS, 2017).

Las enfermedades cardiovasculares se constituyen en la principal causa de muerte prevenible en el mundo entero, lo que genera una pérdida de vidas ponderada de aproximadamente 17,9 millones de personas por año.

1.2. Diabetes Mellitus

La diabetes es considerada una enfermedad crónica que afecta la forma en que el organismo procesa los alimentos para transformarlos en energía. De esta manera el cuerpo descompone la mayor parte de los alimentos ingeridos para convertirlos en glucosa y los libera en el torrente sanguíneo. Consiguientemente el páncreas produce una hormona denominada insulina, misma que actúa como una llave que permite que el azúcar en la sangre penetre a las células del organismo para su correspondiente uso como energía. (<https://www.cdc.gov>, 2023).

Los pacientes que adolecen de diabetes, no producen la cantidad suficiente de insulina o no pueden usar adecuadamente la hormona que producen, esto hace que si existe insuficiente producción de insulina, no existe una adecuada respuesta celular para el procesamiento de los alimentos, por lo que queda demasiada azúcar en el torrente sanguíneo, lo que generará posteriormente una serie de problemas y patologías, que afectan al corazón, al cerebro, riñón, visión. (<https://www.cdc.gov>, 2023)

En las Américas, se estima que 62 millones de personas viven con Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, el cual se triplicó desde la década de los 80 y se estima que alcanzará para el año 2040 a 109 millones de personas que vivan con esta enfermedad, según el Atlas de Diabetes (novena edición). Cabe aclarar que según los datos obtenidos la prevalencia ha aumentado más rápidamente en los países de



ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos. (<https://www.paho.org/es>, 2023).

En las Américas, en 2019, la diabetes se constituyó en la sexta causa de mortalidad general, con aproximadamente 244,084 muertes causadas por la enfermedad.

Ahora bien, en referencia a los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), es la segunda causa, lo que refleja las diversas complicaciones derivadas de la Diabetes y que se presentan en las personas que sufren la misma. (<https://www.paho.org/es>, 2023).

Asimismo, el Sistema Nacional de Información en Salud (SINIS) estima que en Bolivia la prevalencia de diabetes es de 6.6 % lo que quiere decir que 362.000 personas vivirían con Diabetes, lo que implica que cada año mueren cerca de 5.260 personas entre 20 y 79 años por causa de la enfermedad. (Ministerio de Salud y Deportes, 2017).

1.2.1 Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2

1.2.1.1. Hipoglucemia

La hipoglucemia se define como el síndrome que aparece cuando coexisten concentraciones de glucosa en sangre venosa inferiores a 45 mg/dl, manifestaciones clínicas características (temblor, sudoración, letargia, coma o convulsiones) y éstas se restablecen cuando se normalizan las cifras de glucemia. La hipoglucemia se considera grave cuando se requiere la asistencia de otra persona

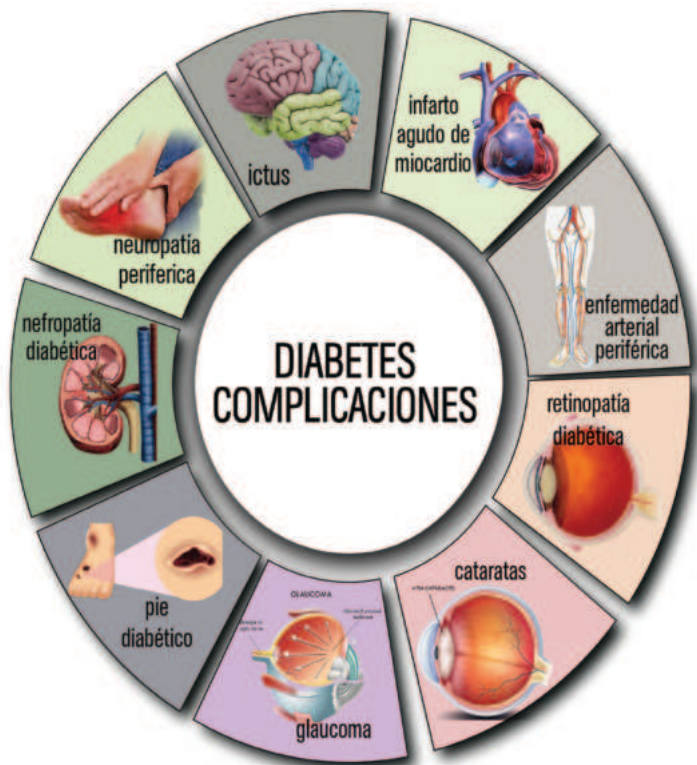


Figura 3 Complicaciones de la Diabetes

para su recuperación y habitualmente cursa con alteraciones de la conciencia. (Lovesio, 2010)

1.2.1.2. .Coma hiperosmolar

El coma hiperosmolar es un síndrome clínico analítico que se produce con relativa frecuencia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, y es a menudo la primera manifestación de la enfermedad (el 35% de los pacientes no estaba previamente diagnosticado). Como factores desencadenantes de este síndrome destacan: las infecciones, generalmente de origen respiratorio y urinario, la interrupción del tratamiento hipoglucemiante y las transgresiones dietéticas. Esta enfermedad tiene una elevada mortalidad (15–45%) asociada a la edad, a la disminución del estado de conciencia y a la presencia de hipotensión arterial. (Lovesio, 2010)

1.2.1.3. Cetoacidosis diabética

La cetoacidosis diabética constituye, junto con el coma hiperosmolar y la hipoglucemia, uno de los pilares básicos en el conocimiento de las urgencias del paciente diabético. Se presenta habitualmente en enfermos con diabetes mellitus tipo 1, o tipo 2 de larga evolución en tratamiento con insulina, y entre sus causas desencadenantes destacan las infecciones y el abandono de la terapia insulínica, si bien puede ser la primera manifestación de una diabetes mellitus tipo 1. (Lovesio, 2010).

1.3. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no

transmisible que consiste en el incremento constante de la presión sanguínea en las arterias. Una persona es hipertensa si su presión arterial es igual o mayor a (presión sistólica > 140 mmHg y presión arterial diastólica > 90 mmHg). Es un problema frecuente que puede ser grave si no se trata.

Entre los factores de riesgo que son modificables figuran fundamentalmente los hábitos de vida inadecuados, entre ellos, las dietas no saludables, donde exista un consumo exagerado de sal, de grasas trans y una falta en la ingesta de hortalizas, verduras y frutas, a esto se suma el sedentarismo y la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, lo que repercute negativamente en un incremento desmedido del peso hasta la generación de obesidad.

Paralelo a esto existen los llamados factores de riesgo no modificables, los que están constituidos por los antecedentes familiares de hipertensión, edades superiores a los 65 años, al igual que las diversas enfermedades denominadas “de base” como es la diabetes, las nefropatías, las cardiopatías y otras.

La hipertensión arterial afecta ya a mil millones de personas en el mundo. La prevalencia de hipertensión arterial en Bolivia 19.6%. Uno de cada 3 adultos bolivianos tiene hipertensión y poco más del 30% de estos desconoce que sufre este mal, incrementándose en 50% en mayores de 50 años

1.4. Obesidad Central

La obesidad se define como el exceso de tejido adiposo que tiene efectos adversos en la salud. En la práctica médica habitual no es posible medir con facilidad la masa de grasa, por lo que se utiliza casi siempre una medida sustituta, que es el índice de masa corporal (BMI, body mass index).

Se calcula como peso/talla² (en kg/m²). La obesidad se define como un aumento de la grasa corporal, aunque en la práctica clínica utilizamos el índice de masa corporal (IMC) para identificar a los pacientes con obesidad. Se dice que hay obesidad abdominal cuando la grasa intraabdominal es igual o superior a 130 cm; sin embargo, en la práctica clínica, la definición de la obesidad central se basa en el perímetro de la cintura ya que existe una buena correlación entre el perímetro de la cintura y la grasa intraabdominal. (<https://www.sciencedirect.com/>, 2017)

La obesidad central tiene más trascendencia clínica

que la obesidad periférica ya que el tejido adiposo es metabólicamente más activo que el periférico. Así, libera ácidos grasos y citocinas que son la causa de las alteraciones en el metabolismo lipídico y de los hidratos de carbono, lo que facilita la resistencia insulínica. La obesidad central es un componente esencial del síndrome metabólico y un factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo II y de la enfermedad cardiovascular.

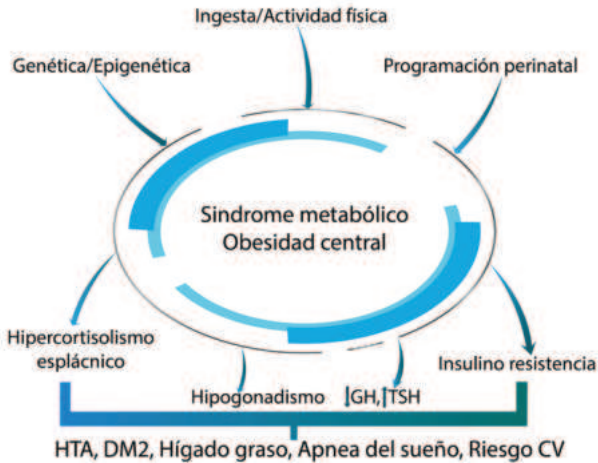


Figura 4 Obesidad central y Síndrome metabólico

Por otra parte, la Fundación Española del Corazón (FEC) advierte que la zona del cuerpo en la que se encuentra acumulada la grasa (El abdomen) es el factor de riesgo cardiovascular más importante, consiguientemente recomienda medir el perímetro abdominal en lugar de calcular únicamente el índice de masa corporal (IMC). De acuerdo a la localización del exceso de grasa, se presentan dos tipos de obesidad, la periférica, donde el exceso de grasa está ubicado en los glúteos, brazos y muslos, y la denominada Obesidad Central, donde la grasa está situada en el abdomen, la misma tiene peor pronóstico y graves consecuencias para el organismo, situación refrendada por varios estudios que manifiestan que este tipo de proceso mórbido eleva por dos el riesgo cardiovascular.

En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que valores de 88 y 102 centímetros en la mujer y el hombre respectivamente son los valores máximos saludables de perímetro abdominal.

1.5. Sedentarismo

El sedentarismo se constituye en una reducida actividad física regular, definida como: “menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de 3 días a la semana”. La denominada conducta sedentaria es propia de los estilos de vida propios del ser humano y en muchos casos culturalmente aceptables.

Sin embargo, este proceso no solo se circunscribe a la inactividad física y a los estilos de vida poco saludables, tiene que ver con aspectos estructurales de desarrollo urbano y social con la existencia de espacios abiertos de recreación, parques, instalaciones deportivas, y otros que coadyuvan a este proceso.

Cuando la actividad física de una persona no supera el gasto semanal de 2000 calorías se la considera sedentaria, también es considerada en el mismo rango aquellas personas que realizan ejercicio físico esporádicamente, ahora bien, entendemos por actividad física los diversos movimientos corporales producidos por los músculos esqueléticos, en consecuencia, esta debe ser estructurada y planificada con un fin que coadyuve al bienestar de la propia persona.

La falta de ejercicio o sedentarismo disminuye la capacidad de adaptación a cualquier actividad física, iniciando un círculo vicioso, que profundiza los procesos mórbidos ligados al mismo.

Según estudios, se ha comprobado que una de las 10 principales causas de mortalidad son los estilos de vida sedentarios, con mayor morbilidad y discapacidad, es así que el sedentarismo duplica el riesgo de Obesidad, enfermedad cardiovascular, diabetes tipo II, incrementando la posibilidad de padecer osteoporosis, hipertensión arterial, y algunas enfermedades oncológicas como el cáncer de colon y mama. Para la Organización Mundial de la salud la actividad física regular reduce el riesgo de muerte prematura:

- por enfermedad cardíaca
- accidente cerebrovascular,

Reduce en un 50% el riesgo de padecer diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares, o cáncer de colon. También contribuye a la prevención de la hipertensión arterial como a la aparición de osteoporosis, disminuyendo hasta en un 50% el riesgo de sufrir fracturas de cadera.

Su contribución es tan importante que influye en el bienestar psicológico, reduciendo el estrés, la depresión y la ansiedad



Modelo humanizado de atención en salud Propuesta

Cada vez más, hospitales y centros de atención médica reconocen la importancia de centrarse en el paciente como individuo, más allá de su condición médica, generando así un cambio significativo en las dinámicas de cuidado.

2.1. Justificación

La salud, es la condición más importante en la vida de todos los seres para rendir a plenitud sus capacidades en cada área de su existir, por lo que se ha de fundamentar en dos dimensiones: como un bien público porque se constituye en el desarrollo socio - económico y como un bien individual por lo que su ausencia priva de una vida plena.

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son patologías de larga duración y de evolución lenta, por lo que representa una verdadera pandemia que va en progreso debido a los malos hábitos de vida, por tanto, presentan un alto impacto en la economía global, local e individual. La morbilidad a raíz de las patologías crónicas, generan una carga para el sistema de salud público, ocasionando un mayor gasto en la economía del país a causa de su rehabilitación. Por otra parte, las ENT se constituye en la principal causa de mortalidad prematura y discapacidad a nivel mundial, esto se refleja como una carga tanto para quien la padece, como para la familia del paciente y para su entorno.

En los últimos años, la mortalidad en Bolivia presenta un leve incremento en relación al informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2012, las cifras elevan a un 23 % por Enfermedades cardiovasculares, 21% otras enfermedades no



Fotografía: Actividades con grupos de auto ayuda

transmisibles, 11% Cánceres, 5% enfermedades respiratorias crónicas, 4% diabetes mellitus; calculándose que las ENT son la causa del 64% de todas las muertes (estimado de la OMS, 2016)

A razón de lo antes mencionado, las enfermedades crónicas no solo constituyen un problema sanitario sino un desafío global al ser un tipo de padecimiento prevenible en sus diversos niveles a través de estrategias de implementación según el contexto en el que se aplique. Por tanto, el generar políticas de salud en sus ámbitos de prevención mediante programas de atención en las redes de salud que permitan fortalecer la capacidad de implementar estrategias y un modelo de atención eficaz para el control de las ENT, que generen mejores resultados en el estado de salud de las personas con factores de riesgo o con patologías crónicas diagnosticadas a través del retraso y/o control de sus complicaciones; en consecuencia, disminuir la prevalencia e incidencia de las ENT y por ende, la reducción del impacto económico en el sistema de salud boliviano.

2.2. Marco de implementación del modelo.

2.2.1. Normativo.

La Constitución Política del Estado (CPE) Plurinacional de Bolivia establece que todas las personas tienen derecho a la Salud (Art. 35 I), por tanto, recae en el Estado la garantía de su inclusión y acceso a la salud bajo la responsabilidad de protegerla y promoverla a través de la implementación de políticas de salud preventiva.

Dentro de este marco se desarrolla el presente modelo de Atención Integral y Humanizada en Enfermedades No Transmisibles, buscando incidir en el nivel de la salud a partir de un programa integral y humanizado en la atención a pacientes con enfermedades crónicas y/o sus factores de riesgo.

2.2.2. Bases operacionales del modelo

Pilares en los que sustenta el modelo

- **Oportunidad:** Tiempo razonable para desarrollar los diferentes procesos de atención
- **Sensibilidad:** Capacidad de diagnosticar la patología en la atención de manera correcta y oportuna
- **Especificidad:** Capacidad que tiene el sistema de poder llegar específicamente a la patología con un personal y médicos altamente capacitados para la misma.
- **Sostenibilidad:** Garantes de derecho y corresponsables comprometidos en el accionar del modelo, acreditando el mismo a través de los Servicios de Salud.



Figura 5 Pilares del modelo de atención

2.2.3. Metodológico

- **Objetivo General:**

Contribuir positivamente a elevar la calidad de vida de las personas a través de una mejor respuesta al control de las enfermedades no transmisibles, mediante mecanismos de acción y trabajo continuo - articulado a nivel de los Garantes, corresponsables y titulares de derecho.

- **Objetivos Específicos:**

1. A nivel de Garantes de Derecho:

Promover la concientización en la importancia de la aplicación del modelo de atención humanizada, como camino a la mejora de la calidad de vida de pacientes con enfermedades no transmisibles, enfatizando en la apropiación, implementación y sostenibilidad del modelo propuesto.

2. A nivel de los corresponsables de Derecho:

Implementar acciones estratégicas (atención integral y humanizada) a la prestación de servicios de salud, en el marco de las ENT y con enfoque de derechos.

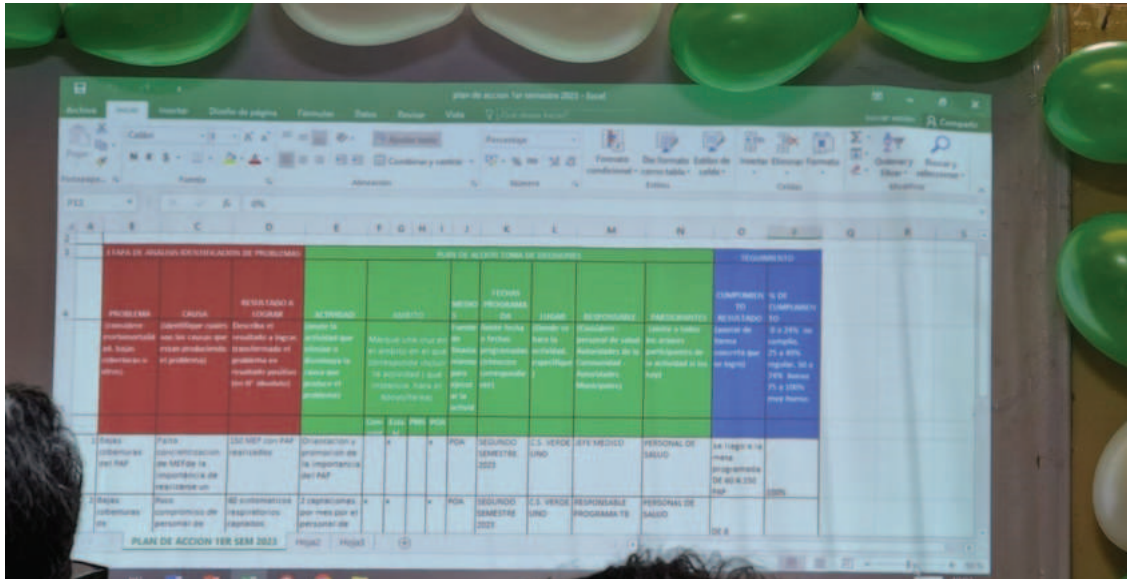
3. A nivel de los Titulares de Derecho:

Fortalecer los procesos de fidelización al tratamiento, en pacientes con enfermedades no transmisibles o personas con factores de riesgo, promoviendo estilos de vida saludables

2.2.4. Actores clave

Garantes de derecho	Corresponsables de derecho	Titulares de derecho
<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud a través del Programa nacional ENT. • Autoridades departamentales en salud: Servicio Departamental de Salud (SEDES), Unidad de Epidemiología y responsable del Área ENT • Directores de Establecimientos de Salud por niveles de atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestadores de Servicios de Salud • Prevención Primaria Primer y Segundo nivel • Prevención Secundaria Segundo y Tercer nivel • Prevención Terciaria – Tercer nivel • Servicios privados de Salud (Clínicas, ONG, fundaciones, iglesias y otros) • Asociaciones relacionadas con la salud • Organizaciones civiles - Comités locales de salud • Equipo de profesionales interinstitucionales respaldados por el SEDES • Establecimientos de salud, ONG, fundaciones y otros • Equipo de profesionales y estudiantes de cursos superiores en ramas de la salud que participen como parte de su formación profesional avalado por el SEDES. (Estudiantes de la carrera de medicina de diferentes universidades públicas y privadas, internado rotatorio, voluntarios comprometidos, residencia médica, médicos ASSO, Médicos SAFCI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Personas con patología crónica de base: Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, Síndrome metabólico, Enfermedades reumáticas artritis, artrosis y colagenopatías • Personas con factores de riesgo: Factores no modificables (Predisposición genética) Factores Modificables • Integrantes de Grupos de autoayuda Grupo de personas con una misma finalidad responsables de su bienestar y promotores de difusión de salud

Figura 5. Actores Clave en la construcción del modelo



Fotografía: Proceso de planificación en salud

2.2.5. Instrumentos de articulación e implementación del modelo

Actores del derecho	Instrumentos de articulación del modelo
Garantes de derecho	<p>Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles</p> <p>Plan Departamental de Enfermedades no transmisibles</p> <p>Plan Operativo Anual de la Unidad de Epidemiología – Área de ENT</p>
Corresponsables de derecho	<p>Atención Clínica: Metodología de la atención medica</p> <p>Sistematización de Historias Clínicas: Cruce de información de paciente con patología crónica que sean atendidos en el Servicio correspondiente y participe de grupos de autoayuda</p> <p>Sincronía entre datos clínicos: Correlación entre la evolución de la historia clínica en consulta externa y la atención en los grupos de autoayuda</p>
Titulares de derecho	<p>Grupos de autoayuda; Metodología humanizada</p> <p>Diario clínico personal</p> <p>Terapias complementarias</p> <p>Cuidados paliativos</p>

Figura 6. Instrumentos de articulación e implementación del modelo



Figura 7 Articulación del modelo de atención

2.3. Acciones estratégicas por nivel de atención - sistemas, finalidades y alcances

Se basa en un enfoque práctico aplicable en los distintos niveles de atención (1er., 2do. y 3er.) a través de su enfoque con los actores clave sobre los instrumentos que accionará el modelo de atención bajo la metodología de: Sistemas, finalidades y Alcances.

2.3.1. Primera acción estratégica – conociendo la normativa.

En este acápite nos enfocaremos a los Garantes de Derecho en el contexto de la Salud Boliviana, quienes son los responsables de generar condiciones para el respeto y el ejercicio de los derechos de la salud de la población, siendo el Estado Plurinacional de Bolivia, la entidad que tiene la obligación de generar estas condiciones de ejercicio de los derechos, defenderlos promoverlos, protegerlos y asegurar los mecanismos para su aplicabilidad.

Los instrumentos de acción y su metodología correspondiente a este grupo de actor clave son las normativas, programas, planes y/o documentos que fortalezca la implementación de acciones en pro de la prevención de las ENT, el conocer los mismos serán la base principal para la toma de la segunda acción y estos son:

- Programa Nacional de Enfermedades no transmisibles – Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia
- Plan Departamental de Enfermedades no transmisibles – Área de ENT de la Unidad de Epidemiología del SEDES
- Plan Operativo anual de Enfermedades no Transmisibles-Área de ENT de la Unidad de Epidemiología del SEDES



Figura 8 Mapa de acciones estratégicas

2.3.2. Segunda acción estratégica - atención centrada a la persona, familia y comunidad.

Los Corresponsables de derecho son aquellos actores que garantizan el ejercicio de los derechos de la salud a partir de los garantes de derecho en beneficio de la población (titulares de derecho).

Sus instrumentos en este modelo de atención son:

- Atención clínica
- Sistematización de historias clínicas en pacientes con ENT
- Sincronía entre datos clínicos.

La metodología aplicable es a través de:

- Sistemas
- Finalidades
- Alcances



Figura 9 Instrumentos fundamentales en la implementación del modelo de atención humanizada

2.3.2.1. Sistema de atención clínica

a) Sistema de suministro de servicios – equipo interdisciplinario

i) Atención Administrativa

- Sistema de registro: historias clínicas, planillas de monitoreo
- Organización en la atención: Turnos programados para dar continuidad de controles del paciente con un mismo personal
- Fichas cronológicas

ii) Atención de Asistencia Médica

- Medicina
- Enfermería
- Atención Psicológica
- Atención en el Área Nutricional
- Atención en el área de Fisioterapia
- Atención farmacéutica – Suministros y medicamentos
- Atención en estudios complementarios

Consulta externa de primer nivel y /o Emergencias (Medicina General) - Primer nivel de atención como puerta de entrada que integra y coordina el seguimiento del paciente con diagnóstico de patología crónica y/o identifica un nuevo caso.

- Derivación a especialidad de 1er a 2do nivel - Medicina Interna: Prestaciones especializadas en entornos apropiados donde se abre la historia clínica y da paso de ingreso al grupo de autoayuda del servicio correspondiente.
- Derivación de 2a a 3er nivel – prestación especializadas en endocrinología, cardiología, nefrología, reumatología. Espacios de coordinación y contra referencia al Servicio de segundo nivel para su control y continuidad clínico-humanizado.
- Seguimiento y Control – Programación de controles periódicos tanto en la consulta médica para evaluar la evolución integral del paciente y su forma de respuesta ante la patología.

Atención centrada a la persona, familia y comunidad: Parte importante de la metodología humanizada es el proceso de integración al paciente, a su familia y al entorno, como agentes que influyen en el proceso de rehabilitación de un paciente crónico.

2.3.1.2. Sistema estadístico para la sistematización de historias clínicas.

La importancia de una base de datos clínicos recae en su fácil acceso y en el momento oportuno de toda la



Fotografía: Comité de Análisis de información 2023
Centro de salud Verde 1

información necesaria del paciente desde un enfoque cuanti-cualitativo, para después poder realizar el proceso de sistematización, es decir, la reconstrucción e identificación de sus componentes para evaluar el progreso de cada paciente en relación desde varios aspectos como desde su contexto, en relación a los demás pacientes que participan en el mismo programa, el tiempo de evolución, la edad, entre otras. Su finalidad es que puedan servir para su estudio, su evaluación, recolección de experiencias para la mejora del programa y los resultados esperados.

a) Sincronía de datos

En este ítem, el seguimiento y control es un trabajo articulado entre los controles médicos que se realizan en consulta externa del Establecimiento de Salud en cuestión y los controles realizados en las sesiones de grupos de autoayuda (físico, emocional y social). La finalidad de articular ambos informes sirve para:

- Corroborar la certeza de su estado del paciente,
- Tener un control periódico y constante apto para su evaluación y mejora
- Visualización de la eficacia del modelo de atención integral y humanizada.

b) Finalidad

La finalidad de esta Segunda Acción estratégica, es mejorar la calidad de atención a los pacientes en consulta externa y a la vez, pesquisar a un paciente crónico o con factores de riesgo y coadyuvar en su estilo de vida ya sea con su fidelización al tratamiento y/o con cambio de hábitos saludables, a través de:

- Identificación del caso: Diagnóstico de la patología crónica / factor de riesgo
- Atención y recomendaciones especializadas según el caso
- Invitación a ser parte de grupos de autoayuda / auto apoyo

c) Análisis

Nuevas Acciones estratégicas agregadas al plan de atención al Sistema de Salud en general con un enfoque preventivo, integral y humanizado.

DATOS CRONOLÓGICOS EN UNA ATENCIÓN INTEGRAL EN EL SERVICIO DE SALUD

Cronología	Acciones	Tiempo	Responsables	Características
1	Admisiones (con hoja de referencia según sea el caso)	3-4 min	PS administrativo: Encargados de la Apertura del expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> · Pertenencia al seguro Sistema Único de Salud SUS) · Pacientes que pagan la consulta
2	Registro de constantes Vitales y datos antropométricos	5 min	Enfermería y/o internos de enfermería	Ambiente silencioso, cálido y acogedor (consultorio)
3	Anamnesis	5 min	Personal Médico	De acuerdo a protocolo y manejo clínico
4	Exploración Clínica	5 min	Personal Médico	De acuerdo a protocolo y manejo clínico
5	Diagnóstico presuntivo y solicitud de exámenes complementarios	2 min	Personal Médico y/o internos de medicina	De acuerdo a protocolo y manejo clínico, laboratorio y de gabinete
6	Diagnóstico definitivo	2 min	Personal Médico	De acuerdo a protocolo y manejo clínico
7	Tratamiento	3 min	Personal Médico	De acuerdo a protocolo y manejo clínico
8	Recomendaciones	3 min	Equipo de salud	Invitación a grupos de autoayuda, (enfermería, nutrición, psicología, trabajo social y otros).
9	Programación de control	1 min	Personal de enfermería Personal administrativo	De acuerdo a protocolo y manejo clínico

Figura 10. Datos cronológicos en una atención integral en el servicio de salud



Fotografía: Grupo de autoayuda del Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros

2.3.3. Tercera acción estratégica – terapias complementarias y grupos de autoayuda

Los titulares de derecho son toda persona reconocida por el Estado Plurinacional de Bolivia, todo ser humano ya es titular de los derechos entorno a la salud, siendo la misma permanente desde su nacimiento hasta el momento de su muerte.

Los instrumentos para este acápite son:

- Formación de grupos de autoayuda

- Implementación de terapias complementarias
- Asistencia a cuidados paliativos

La metodología aplicable es a través de:

- Sistemas
- Finalidades
- Alcances

2.3.3.1. Sistemas de apoyo - formación de grupos de autoayuda

La formación de grupos de autoayuda viene a ser una planificación articulada por los tres actores claves (garantes, corresponsables y titulares de derecho), siendo los titulares de derecho una pieza fundamental en el inicio de su planificación, ya que los mismos se concentran en cada Establecimiento de Salud.

Teniendo en cuenta que el objetivo para la conformación de personas/ pacientes, como grupo de autoayuda, es la fidelización a su tratamiento (farmacológico y no farmacológico); la planificación para su conformación deberá tener los siguientes ejes principales:

Fases del manejo del grupo de autoayuda.

a) Primera fase – pesquisa identificación y toma de decisiones - nuevo integrante al grupo de autoayuda

- Identificación del paciente como integrante al grupo de autoayuda
- Identificar, a través del diagnóstico, a los pacientes con patología crónica que acuden a consulta externa y/o emergencias y son referidos a un segundo nivel de atención para la toma de Datos, Evaluación clínica y laboratorial.
- Identificar, a través de atención médica o rastrillajes con personal de primer nivel de atención (por lo general) a persona con factores de riesgo a una patología crónica.
- Toma de decisiones: Que pacientes serian invitados al grupo de autoayuda según la caracterización de la persona, evaluación médica y el diagnóstico por parte del personal de salud.
- Invitación a formar parte del grupo de autoayuda: Socialización del programa de grupo de autoayuda en ENT. Proveer información

sobre los objetivos, finalidades y alcances que el grupo tiene para con los integrantes del mismo. (¿qué es?)

- Informar sobre la estructura y metodología que contempla la implementación del grupo. (¿qué se hace?)
- Compromiso y estimulación: El integrante deberá tener un compromiso formal al momento de ser parte del grupo de autoayuda ya que, a partir de este momento, al titular derecho se le otorga la responsabilidad de: Adquisición progresiva de cambios de hábitos Saludables como parte de un estilo de vida sana.

Cumplimiento de controles médicos periódicos tanto en consulta externa como en la que se realiza en las sesiones de grupos de autoayuda.

Asistencia permanente a las sesiones de grupo de autoayuda.

b) Segunda fase - parte metodológica de una sesión

MOMENTOS CLAVE DE TRABAJO GRUPAL

No.	Momento Clave	Características
1	Saludo de Bienvenida al Grupo	Saludo dinámico y cálido a los integrantes del grupo de autoayuda para generar efectos de confianza y compañerismo
2	Control de Constantes vitales	Medida de presión Arterial, control de peso, medición de circunferencia abdominal, Control de Glicemia Capilar y otras según las necesidades de los integrantes. Las mismas deberán ser registradas en un Registro de Control permanente propio del grupo de autoayuda
3	Actividad Física	Una sesión completa de diversos ejercicios físicos: Aeróbicos, aeróbicos con pesas, balones o varillas, zumba, danza folclórica y biodanza, estiramiento y relajación, entre otros
4	Educación	Se imparte temas educacionales en relación a diversas áreas como: <ul style="list-style-type: none"> Conocimientos básicos en la prevención de Patologías crónicas Hábitos Saludables Inclusión del manejo nutricional Promoción de derechos y deberes como paciente Cultura de paz y buen trato
5	Espacios de retroalimentación	Posterior a la charla educacional se aconseja prestar espacios donde los participantes puedan fortalecer los conocimientos recibidos a través de sus experiencias y saberes, siendo un momento clave donde el expositor pueda identificar el desempeño de los integrantes con el propósito de potenciar los conocimientos adquiridos
6	Esparcimiento y Recreación	Se sugiere realizar, como parte final de la sesión, espacios dinámicos que coadyuven al fortalecimiento del estado de ánimo de los integrantes, la prevención de enfermedades neurodegenerativas a través de juegos mentales y la relación entre si mismos como grupo de autoayuda. Algunos ejemplos son; Rally de juegos físicos y/o mentales, manualidades acordes a la edad, espacios de canto y otros talentos, entre otras
7	Saludo de Despedida	Un corto tiempo donde se vierte palabras por parte de los organizadores e integrantes de forma dinámica y animando siempre a continuar con su fidelización a su tratamiento

Figura 11 Momentos clave de trabajo



Fotografía: Proyección a la comunidad Centro de Salud Santa Lucía

Cabe mencionar que la metodología mencionada es manejada de acuerdo al contexto del grupo poblacional abordado, siendo la parte de “características” sujeto a otras ideas u opciones añadidas en el marco del programa y los objetivos del modelo.

c) Tercera fase - resultados

Realización de evaluaciones periódicas en controles médicos como forma de evaluación al progreso del paciente aplicado al Modelo de atención integral y humanizada, en relación a la patología y/o Factores de Riesgo: Evaluación Clínico – Laboratorial y emocional.

Sistematización de datos clínicos para su relación y evolución de la patología.

i) Datos importantes al momento de la formación de grupos de autoayuda

- Beneficiarios/as
 - Persona diagnosticada con algún tipo de enfermedad no transmisible.
 - Persona con algún factor de riesgo que sea derivada del primer nivel de atención del Servicio de Salud.
- Beneficios
 - Beneficios que se derivan de participar en un Grupo de Apoyo:
 - Las personas mejoran su estado de salud física.
 - Mejoran su estudio clínico – laboratorial entorno a su enfermedad.
 - Favorecen y facilitan el establecimiento de una red de apoyo emocional.
 - Benefician el autoconocimiento a través del intercambio de experiencias y emociones.

- Provocan cambios positivos de actitud y perspectiva hacia el problema y la manera de afrontarlo.
- Capacita a los participantes para emprender acciones solidarias y de replicación de hábitos.

ii) A nivel personal permite a los participantes

- Disminuir sus factores de riesgo modificables.
- Evitar complicaciones propias de la patología.
- Sentirse menos desvalidos.
- Comprender que no están solos. Sentimientos de apoyo.
- Encontrar esperanza y deseos de vivir.
- Mejora su salud mental
- Mejora de su estado motivacional
- Disminución de riesgos de Infarto Agudo de Miocardio
- Disminución de riesgo de fracturas
- Disminución del riesgo de osteoporosis

iii) Actividades a realizar

- Talleres de capacitación en relación a la prevención de Enfermedades No transmisibles a través de la alimentación saludable y la promoción del ejercicio físico / actividad física y otros temas de interés actual.
- Sesiones de ejercicios físicos controlados en el contexto de la población y su patología.
- Preparación de Alimentos Saludables
- Espacios de recreación y esparcimiento al aire libre
- Actividades participativas en el marco de los objetivos frente a sus pares y otros grupos de autoayuda.
- Intercambio de conocimientos y/o experiencias con y/o entre otros grupos de autoayuda.

iv) Metodología

- Cognoscitiva – Vivencial – Activa – Participativa (CVAP).
Organización en base a cronograma de actividades y previa coordinación entre actores claves.
Delegación de responsabilidades como equipo multidisciplinario
- Temporalización



Fotografía: Grupo Rincón de la alegría, Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros

Se sugiere que el lugar sea un espacio amplio que el Establecimiento de Salud pueda disponer para mayor comodidad y confort, sin embargo, no es excluyente al ser adaptable a la situación que el Servicio de Salud provea. En cuanto a la frecuencia de sesiones, se considera entre 3 a 4 veces al mes, no obstante, los mismos estarían bajo sujeción de coordinación y organización entre los corresponsables de derecho.

- Evaluación

Evaluaciones continuas de todo el proceso en el marco del cumplimiento de los objetivos señalados que permitan evaluar el nivel de consecución de los mismos y del éxito del propio plan de trabajo, así como la satisfacción de los participantes bajo indicadores cuantitativos (número de participantes en los talleres programados) y cualitativos (Satisfacción y recojo de experiencias de los/as participantes a través de acciones activas y su mejora en la parte física a través del control de medidas antropométricas).

- Recursos para su abordaje

Humanos:

Garantes, corresponsables y titulares de derecho, como equipo multidisciplinario que abarquen cada necesidad del grupo de apoyo.

Materiales:

Materiales de capacitación (fotocopias, material de escritorio, hojas impresas, equipos informáticos, uso de Tecnología de Información y comunicación (TIC's), entre otros.

Orientación y acompañamiento en espacios de replicación

Como primera acción, los/las participantes empoderadas de conocimiento en el proceso

de capacitación, serán acompañados por el equipo de salud en espacios de replicación a pares durante todo su procedimiento, como una forma de retroalimentación y evaluación de los avances obtenidos en los talleres de capacitación teórico/práctico.

Como segunda acción, crear espacios de intercambio de conocimientos y/o experiencias con otros Grupos de autoayuda o grupos establecidos

2.3.3.2 Sistema de implementación de terapias complementarias y otros

Las terapias complementarias son aquellas que se utilizan conjuntamente con la medicina convencional. Estas son herramientas que pueden desempeñar alguna función en un programa de tratamiento integral diseñado por el paciente y el profesional de la salud 5

a) Musicoterapia

La musicoterapia ha promovido respuestas de relajación, desencadenado asociaciones positivas y ha desviado la atención de la ansiedad durante experiencias que provocan dolor. El uso de la música ha servido para disminuir los niveles de ansiedad en los pacientes en diferentes circunstancias.

El escuchar música ofrece un rango amplio de efectos terapéuticos, ayuda al paciente a relajarse, potenciando la sedación y aliviando la ansiedad y el dolor. El tono, ritmo, melodía y tiempo de la música son determinantes para los procesos perceptivos de la audición y respuestas neurológicas.

La preferencia personal tiene un impacto grande de la respuesta de la persona con la música, por

tanto, es importante ofrecer diversidad de música a los pacientes. Seleccionar la música que parece más relajante puede ser más efectiva reduciendo el estrés ya que permite que la persona pueda controlar su ambiente. En una investigación acerca de la psicología de la salud indica que sentir control es un factor importante en reducir la respuesta al estrés

Las intervenciones de la musicoterapia se diseñan para:

- Promover el bienestar.
- Manejar el estrés y la ansiedad.
- Aliviar el dolor.
- Expresar sentimientos.
- Realzar la memoria.
- Mejorar la comunicación.
- Disminuir la frecuencia o duración de comportamientos agresivos.
- Promover la rehabilitación física.

b) Biodanza

Se define como un “sistema de integración humana de renovación orgánica, reeducación afectiva y de reaprendizaje de las funciones originales de la vida”. Su aplicación consiste principalmente en vivencias provocadas a través de la música, el canto, los movimientos y situaciones de grupo de encuentro. Es un método que tiene como objetivo el desarrollo de capacidades humanas, sentimiento de felicidad, habilidades de comunicación y mejora de las relaciones humanas.

Los efectos beneficiosos terapéuticos y rehabilitadores sobre el organismo se basan en los siguientes mecanismos, que en su conjunto constituyen el éxito del sistema pedagógico:

- poder musical,
- poder de la danza integradora,
- poder de la metodología vivencial,
- poder de la caricia,
- poder del trance,
- poder de la expansión de conciencia,
- poder del grupo.

c) Risoterapia

Se conoce como risoterapia a una estrategia o técnica psicoterapéutica tendiente a producir beneficios mentales y emocionales por medio de la risa. No puede considerarse una terapia, ya que no cura por sí misma enfermedades, pero en ciertos casos logra sinergias positivas con las curas practicadas.

Se trata en general que las sesiones de risoterapia se practiquen en grupo aprovechando el contagio de persona a persona, ya que reír en grupo no es lo mismo que hacerlo solos. De esta forma, el efecto grupal estimula a los que normalmente no reírían.

El Laughter Yoga o Yoga de la Risa, es un nuevo concepto en el camino de la auto-sanación, que día a día, adquiere mayor popularidad en todo el mundo. Fue introducido por el Dr. Madan Kataria, un médico de la India, quién en el año 1995 escribía un artículo titulado: “La Risa: La Mejor Medicina”. El nombre de Yoga de la Risa deriva de la combinación de ejercicios de respiración del Yoga con ejercicios de risa y se fundamenta en el hecho científico en el cual, ya sea que riamos de verdad o que simplemente simulemos reír, nuestro cuerpo no reconoce la diferencia entre la risa real o la risa simulada, obteniendo así los beneficios fisiológicos, bioquímicos y psicológicos, gracias a la secreción por parte del cerebro de endorfinas y otros químicos “del bienestar” durante el acto de reír. Al término de una sesión del Yoga de la Risa, te sentirás pleno, amoroso, tierno, alegre, vital, energético y un sinfín de sentimientos positivos.

Cuando se empezó a utilizar la risoterapia como técnica curativa se creía en el poder que tenía para influir en el cuerpo, sobre todo en los estados de ánimo alegres y felices, los cuales crean una predisposición favorable para la curación corporal. La recomiendan como una práctica complementaria a las terapias curativas de gran efectividad

d) Relajación

Una técnica de relajación o relax es cualquier método, para procedimiento o actividad que ayudan a una persona a reducir su tensión física y/o mental. Generalmente permiten que el individuo alcance un mayor nivel de calma, reduciendo sus niveles de estrés, ansiedad o ira. La relajación física y mental está íntimamente relacionada con la alegría, la calma y el bienestar personal del individuo.

Las técnicas de relajación a menudo emplean técnicas propias y de los programas de control del estrés y están vinculadas con la psicoterapia, la medicina psicosomática y el desarrollo personal. La relajación de la tensión muscular, el descenso de la presión arterial y una disminución del ritmo cardíaco y de la frecuencia respiratoria son algunos de sus beneficios en la salud.

e) Otros - actividades recreacionales

Salidas recreacionales en espacios amplios y reconfortantes (Ej. Actividades conmemorativas, ferias de salud, visita a espacios recreacionales, entre otros) donde se pueda tener tiempos de retroalimentación y/o replicación de saberes, así como espacios de intercambio de experiencias y confraternización.

2.3.3.3. Sistema de asistencia a cuidados paliativos

Los Cuidados Paliativos son el tipo de atención sanitaria que se debe prestar al final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias cuando se enfrentan a una enfermedad en situación terminal. Hablamos de situación terminal ante una enfermedad incurable, avanzada y progresiva, sin posibilidad razonable de respuesta a tratamientos curativos y con un pronóstico de vida limitado. En esta situación, aparecen múltiples necesidades a las que se puede dar respuesta y que son el objetivo de los Cuidados Paliativos. Para ello, es necesario realizar una valoración, a partir de la cual se determinará un plan de actuación individualizado, activo y continuado para pacientes y sus familias, respetando sus deseos.



Fotografía: Grupo Rincón de la alegría, Hospital de Segundo Nivel Barrios Mineros

Los Cuidados Paliativos ayudan a prevenir y aliviar el sufrimiento (físico, emocional, espiritual...) de la persona que se encuentra en esta situación. Contribuyen a mejorar su calidad de vida y la de su familia.

Este acápite es utilizado según el contexto del grupo poblacional abordado.

• Finalidades

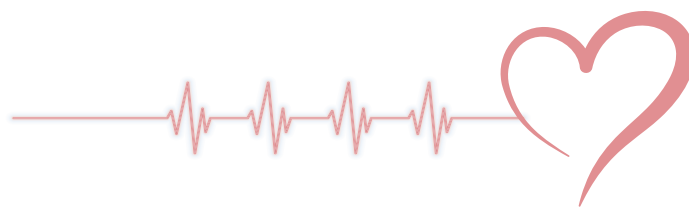
Contribuir en la Fidelización a su tratamiento en los pacientes con patologías crónicas a través de su responsabilidad para con su salud y por ende con su vida a través de la adquisición de estilos de vida saludable y adherencia al tratamiento farmacológico.

• Alcance

Ofrecer capacitación, orientación y acompañamiento en su replicación en la prevención de las Enfermedades No transmisibles, a través de la promoción de la Alimentación Saludable y el Ejercicio Físico.

Coadyuvar en la construcción de vínculos de confianza entre los miembros participantes y el equipo en pro de una salud mental óptima a partir de terapias complementarias.

Premisas y resultados esperados en la implementación del modelo sanitario humanizado.



- Pacientes con mejor calidad de vida y retardo en las complicaciones propias de la patología (Vida Digna).
- Prevención de Enfermedades No Transmisibles considerada una prioridad por los garantes, corresponsables y titulares de derecho.
- Personal de salud fortalecido, con capacidades probadas y competencias para la implementación de un modelo de atención integral y humanizado, con enfoque de derechos.
- Pacientes fidelizados a su tratamiento replicadores de información en salud, promueven hábitos y estilos de vida saludables.

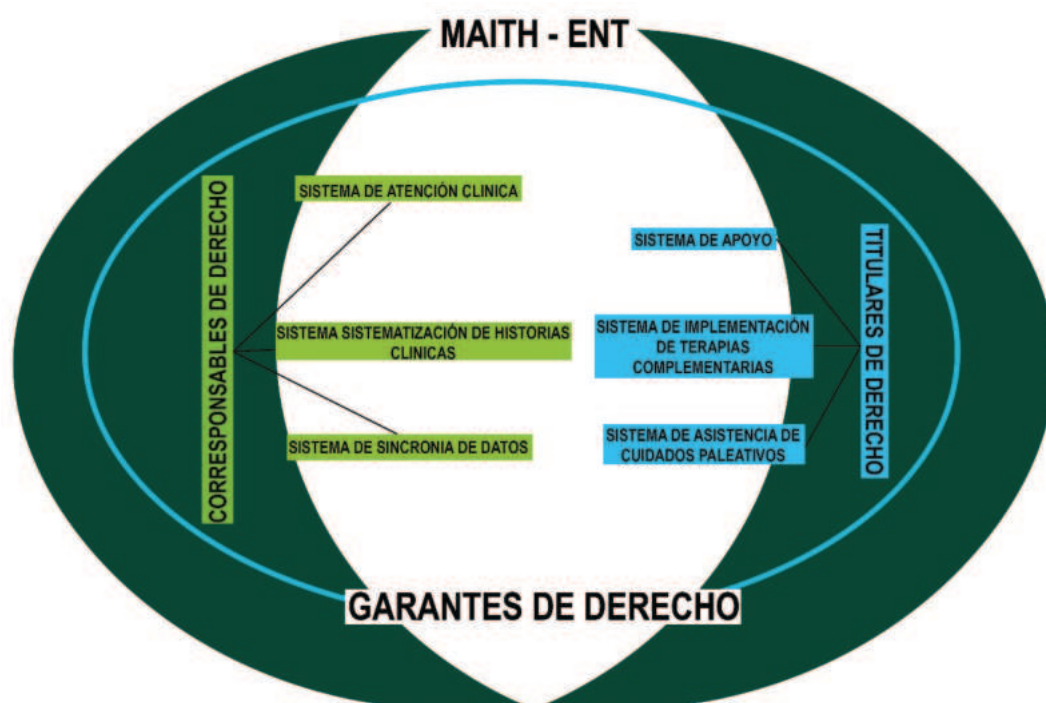

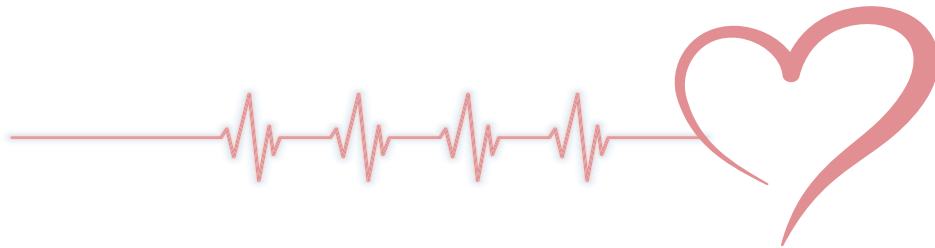


Figura 12. Modelo de atención humanizada y centrada en la persona



*Resultados obtenidos de
la evaluación de 12 meses
(Gestión 2023), de la
implementación del Modelo
humanizado de atención
centrado en la persona*



En el marco de los compromisos desarrollados con los establecimientos de salud, de segundo nivel "Barrios mineros" y de tercer nivel "Oruro Corea", se desarrolló procesos de sensibilización y capacitación experimental para la implementación de un modelo de atención sanitaria diferente, humanizado y centrado en la persona, el mismo destinado a cubrir las necesidades y los intereses de los pacientes que viven con Enfermedades no Transmisibles.

4.1. Datos demográficos obtenidos

La muestra con la que se hizo el estudio fue determinada al azar de todos y todas las y las pacientes que acuden a la consulta de "Medicina interna" de los Hospitales de Segundo Nivel Barrios Mineros y de Tercer Nivel Oruro Corea en el turno de la Dra. WJAM. Quien fue parte de la construcción y contextualización del modelo en todas sus fases u consiguientemente implemento el mismo con el equipo de enfermería, residentes e internos como personal auxiliar que desempeñó sus actividades en el mencionado consultorio de enero a diciembre del 2023.

La muestra fue determinada de un universo de 385 pacientes atendidos a diciembre 2022 y que por su cronicidad desarrolla sus controles habituales en ambos nosocomios, se tomó una muestra del 20% (equivalente a 77 pacientes), advirtiéndose en la Tabla 1 que el 46% (36) se encuentra en el rango de edad de entre 60 y 74 años, 26% (20) en el rango de 45 y 59 años, 18% (14) pacientes con edades superiores a 77 años (Ver tabla 1 – Figura 13)

Tabla 1
Distribución de la muestra, por estratos de edad

Rango de Edad	Ocurrencias
30 – 44	6
45 – 59	20
60 – 74	36
Mayor a 74	14
Sin dato	1
Total Muestra	77

Nota: Datos del estudio 2023

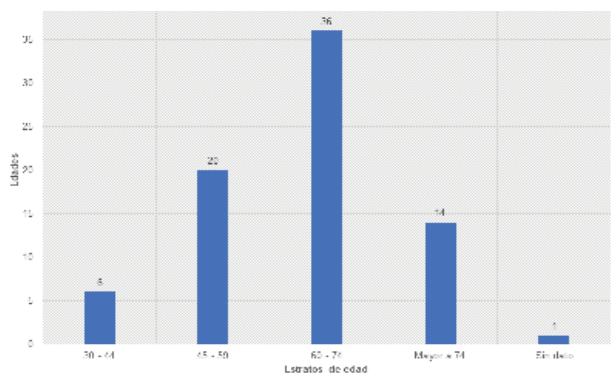


Figura 13 Distribución de la muestra, por estratos de edad

Del total de la población se puede advertir (Ver Tabla 2 Figura 14) que el 22% (17) pertenecen al sexo masculino, y 78% (60) al sexo femenino.

Tabla 2
Distribución de la muestra, según sexo

Sexo	Ocurrencia
Femenino	60
Masculino	17
Total Muestra	77

Nota: Datos del estudio 2023

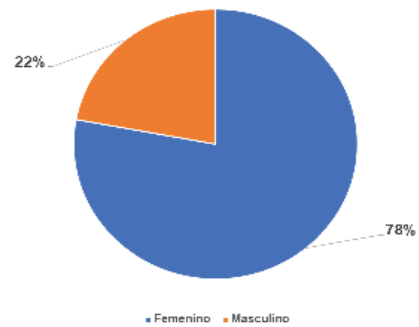


Figura 14 Distribución de la muestra, según sexo

4.2. Padecimiento de patologías de base al inicio del proceso de investigación

Tabla 3
Relación de personas que padecen Diabetes Mellitus Tipo II

Patología	Padece	No padece
Diabetes Mellitus II	51	26
Total Muestra	51	26

Nota: Datos del estudio 2023

Respecto a las patologías que pueda presentar la población consultante se advierte que el 66% de la muestra presenta Diabetes tipo 2 diagnosticado clínica y laboratorialmente, como se aprecia en la tabla 3.

Tabla 4
Relación de personas que padecen Hipertensión Arterial

Patología	Padece	No padece
Hipertensión Arterial	38	39
Total Muestra	38	39

Nota: Datos del estudio 2023

En el caso de los pacientes con Hipertensión Arterial, que de acuerdo a parámetros estandarizados de medición el 49% (38) padece esta enfermedad como se advierte en la Tabla 4.



Tabla 5

Relación de personas que padecen Hipercolesterolemia

Patología	Padece	No padece
Hipercolesterolemia	36	41
Total Muestra	36	41

Nota: Datos del estudio 2023

De igual manera se advierte niveles elevados de colesterol en el 41% (36) de la población sujeta a estudio, como se advierte en la tabla 5.

Respecto al Índice de Masa Corporal (IMC), el 61% (47) presentaron un peso normal, el 53% presentaron algún grado de sobre peso, donde se advierte que el 26% (20) de los pacientes presentaron Obesidad Grado I, 8% (6) Obesidad Grado II, y 3% (2) Obesidad Grado 3, (Ver Tabla 6 y Figura 15).

Tabla 6

Índice de Masa Corporal

Patología	Padece
Obesidad Grado I	20
Obesidad Grado II	6
Obesidad Grado III	2
Sobrepeso	2
Peso Normal	47
Total Muestra	77

Nota: Datos del estudio 2023

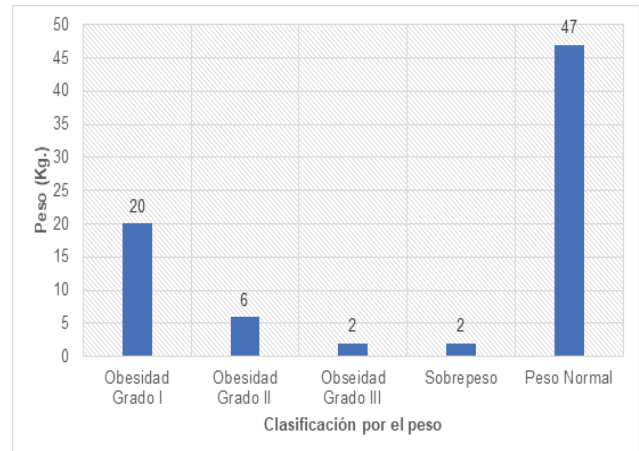


Figura 15 Distribución de la muestra, según estrato de peso

Respecto a la actividad física a un inicio de la toma de datos se advirtió que el 71% no tenía actividad física regular (55) ver figura 16.

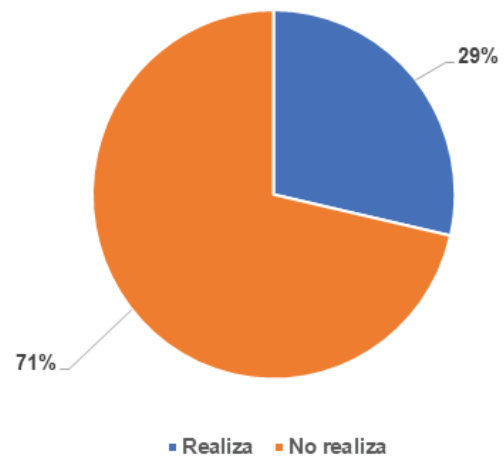


Figura 16 Relación de personas, que desarrollan ejercicio habitualmente

Respecto a la carga de patologías como la Diabetes Mellitus II se advierte que el 76% de la población masculina sujeta a estudio, clínica y laboratorialmente presentó Diabetes tipo II frente al 63% de la población femenina. (Ver tabla 7)

Tabla 7

Relación de casos de Diabetes Mellitus II, según sexo (En porcentajes de acuerdo a la población total)

Patologías	Femenino	Masculino
Diabetes Mellitus II	63%	76%

Nota: Datos del estudio 2023

De igual manera solo el 8% de la población masculina presento niveles elevados en relación a la presión arterial frente al 92% de Hipertensas (Ver figura 17). Respecto a la Hipercolesterolemia se advierten niveles más elevados en las mujeres 78% (28) frente al 22% (8) (Ver figura 18)

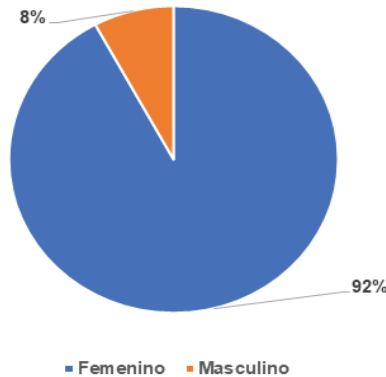


Figura 17 Relación de casos de Hipertensión Arterial, según sexo

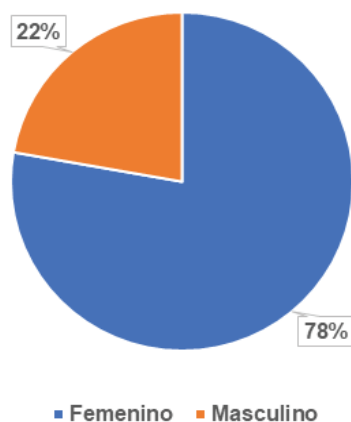


Figura 18 Relación de casos de Hipercolesterolemia, según sexo

En relación a la obesidad las mujeres presentaron datos más elevados que los hombres, respecto a la Obesidad Grado I, 85% en mujeres y 15% en el sexo masculino, en Grado II el 100% en el sexo femenino, y grado III los datos revelan según casuística un igual porcentaje en ambos sexos, (Ver Tabla 8)

Tabla 8
Relación de casos de Obesidad por grado según sexo (en porcentaje)

Patologías	Femenino	Masculino
Obesidad Grado I	85	15
Obesidad Grado II	100	0
Obesidad Grado III	50	50

Nota: Datos del estudio 2023

Consecuentemente de acuerdo a los datos obtenidos de entrada del estudio se advirtió que el 45% (32) de la población muestra del estudio padecen signo sintomatología propia del Síndrome metabólico.

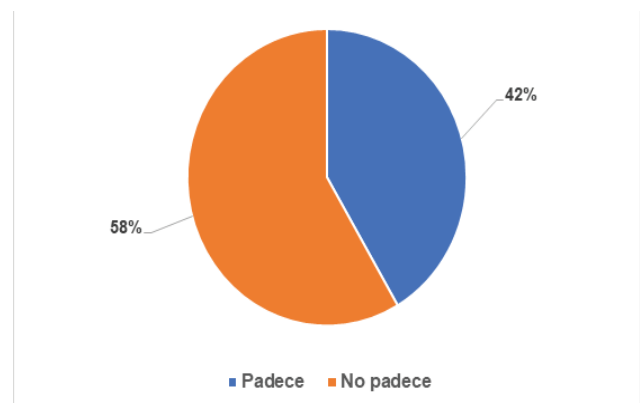


Figura 19 Relación de casos de pacientes con Síndrome Metabólico

4.3. Padecimiento de patologías de base al inicio del proceso de investigación

Posterior a la implementación técnica y operativa del modelo de atención humanizado en todos sus componentes, fortaleciendo estrategias costo efectivas como el ejercicio, la dieta controlada, la disminución observada de la sal, se obtuvo al cabo de 10 meses los siguientes datos. (Tabla 9)

Tabla 9. Resumen de hallazgos después de 10 meses de tratamiento integral en relación a las ENT

Variable	Hallazgos
Diabetes Mellitus Tipo II	Si bien se mantuvo el número de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II se advirtió que el 80% de los pacientes (41 de 51) presentaban niveles controlados en los últimos 3 meses de glicemia por debajo de los límites superiores.
Hipercolesterolemia	De igual manera el hipercolesterolemia bajo en el caso del sexo femenino del 78% al 45% y en el caso del sexo masculino del 22% al 10%, existiendo una reducción importante de este factor de riesgo
Presión Arterial	Los niveles de presión arterial se estabilizaron en ambos sexos bajando del 49% (General) a 16%
Obesidad	Del 100% de pacientes que presentaron algún grado de obesidad (28), a los 10 meses de manejo integral de la patología, el 50% fue controlando su peso y solo 14 presentaron valores de obesidad y solo en Grado I



Fotografía: Práctica de ejercicio (Hospital Barrios Mineros)

Discusión

TESTIMONIO: “UN NUEVO COMIENZO” (INTEGRANTE DEL GRUPO DE AUTOAYUDA “RINCONCITO DE LA ALEGRÍA”)

Vivencia:

Mujer, madre de familia, que pertenece a un hogar disfuncional, debido a que el padre de familia y esposo, atraviesa problemas de adicción al alcohol (alcoholismo), ejemplo que se va inscribiendo en el hijo de la familia. Además, de manera colateral al hecho del alcoholismo, la Sra. Aurora ha sido víctima de hechos de violencia Intrafamiliar, en el último año, ha sido diagnosticada con Diabetes Mellitus.

Sentimientos:

Impotencia por no poder tener el control de la situación, angustia y soledad frente a la falta de apoyo y compañía por no tener familiares ni personas cercanas en quien confiar, ansiedad y depresión por las experiencias traumáticas que amenazó a su integridad física, emocional y mental. Este cuadro emocional se ve agravado con el cuadro clínico ligado a la patología de Diabetes Mellitus.

Cambio:

Se tuvo un cambio positivo en el control y manejo de la situación que vivió en relación a su forma de pensar, sentir y reaccionar ante el recuerdo vivencial de tales eventos logrando su Contención emocional. Como factor coadyuvante a la contención emocional fue la separación con el cónyuge el cual acarrearba inestabilidad emocional y el encontrar un apoyo en el Grupo de Autoayuda.



Como se observó entre los datos de entrada y salida existen importantes avances sobre todo en el control de Enfermedades No Transmisibles como la Diabetes mellitus Tipo II y otros factores que condicionan la presencia de Hipertensión arterial, Hipercolesterolemia, y Obesidad.

Sin embargo, también es importante señalar que esta es una pequeña muestra y se desarrolló en un grupo de pacientes ampliamente controlado, donde los subsistemas de seguimiento de ambos nosocomios fueron permanentes y basados en estándares internacionales de control.

No existió abandono y más aún un compromiso de parte de los participantes del estudio a desarrollar las sesiones tanto asistenciales, de control, laboratoriales y de terapias complementarias destinadas a instruir sobre alimentación saludable, prevención del sedentarismo, control del consumo de la sal. Para ello se desarrollaron prácticas alimentarias, con menús mejorados y adaptados por los mismos participantes y una profesional nutricionista quien dio las pautas del contenido nutricional, considerando que los preparados también sean palatales.



No se consideró en el estudio el tratamiento (Medicamentos) que en cada paciente tuvo su particularidad de acuerdo a sus características clínicas y que fueron administradas por la Médico Internista de acuerdo a protocolos establecidos de tratamiento.

Lo particular son los diversos testimonios que dan muestra de aspectos muy importantes como son la mejora de la calidad de vida de los y las pacientes, la “alegría” manifestada en su mejora, y la consecución de un “proyecto de vida” para lo cual esta gente adulta y de la tercera edad en su mayoría aún tiene derecho





Conclusión

TESTIMONIO: “UN GIRO A MI VIDA” (INTEGRANTE DEL GRUPO DE AUTOAYUDA “RINCONCITO DE LA ALEGRÍA”)

Sentimientos:

Las emociones que confluyen en ella, al enterarse de las patologías que tiene, generan sentimientos de impotencia, tristeza y miedo que le llevaron a la depresión, sobre todo al relacionar su patología con conocidos que fallecieron a causa de la diabetes, esto genera un malestar permanente y una frustración por causa de sus hijos.

Cambio:

A través de los espacios que comparten los integrantes del Rinconcito de la Alegría, así como también las capacitaciones, la Sra. Cristina ha mejorado su ánimo y llegó a la comprensión que si uno tiene estilos de vida saludable y tiene control de su enfermedad puede tener una vida digna y feliz; de esta manera continúa adelante aprendiendo sobre su enfermedad, aprendiendo a auto cuidarse, evitando de esta manera complicaciones en sus patologías y poder continuar a lado de sus hijos y nietos quienes son su motor de vida

Las conclusiones emanadas de la implementación de un modelo humanizado de atención y fundamentado en la “atención centrada en la persona”, y aplicado a pacientes que viven con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, son las siguientes:

a) En el adulto mayor.

- Existe una mejora sustancial de su calidad de vida (bienestar subjetivo, estado de ánimo, autonomía, independencia), promoviendo el mismo una “Vida Digna” en el marco de derechos.
- Los y las pacientes que acuden al Sistema Sanitario, se encuentran más satisfechas con la atención recibida, pues esta cubre sus expectativas, intereses y necesidades.
- Existe una mayor corresponsabilidad y autocuidado de la salud por parte de los y las pacientes.
- Existe una “mayor fidelización” al tratamiento integral por parte del paciente al sentir que esta mejora su estado de salud y siente que él es parte del mismo.

b) Para las familias y su entorno social

- El familiar facilita y colabora en el manejo integral de la patología, mostrando empatía por el mismo.
- Existe un incremento de confianza y satisfacción de las familias hacia el centro de salud y sobre todo para los prestadores de servicios de salud, por los resultados obtenidos del tratamiento y por los cambios cualitativos del pariente que vive con estas enfermedades.
- Se mejora la relación con el entorno social ya que el mismo comparte con los logros de su centro sanitario mejorando la credibilidad y la capacidad resolutoria de los prestadores de servicios de salud.
- Las familias sienten que la información que es proporcionada del paciente es más fidedigna, es personalizada y sensible a las necesidades de los familiares.

c) Para los servicios de sanitarios y los prestadores de servicios de salud

- Eleva la credibilidad del profesional médico, de enfermería, y de apoyo en cuestión.
- Fortalece la relación médico paciente y consecuentemente la motivación profesional.
- Facilita los procesos de mejora continua de los servicios sanitarios, fortaleciendo la innovación.
- Visibiliza, las buenas prácticas ejercidas por los y las prestadores de servicios de salud.

- Facilita la aplicación de protocolos y disminuye la posibilidad de tener procesos medico legales merced a la satisfacción subjetiva de los y las pacientes.
- Existe corresponsabilidad en los procesos de atención con él o la paciente.
- Facilita la creación de canales de comunicación activos.
- Existe un cambio actitudinal en los prestadores de servicios de salud lo que tiende a la modernización del Sistema sanitario.

Referencias Bibliográficas

Pérez-Milena A, Zafra-Ramírez N, Ramos-Ruiz JA, Rodríguez-Bayón A, Zafra-Ramírez J. Influencia del acompañante en las consultas de Atención Primaria sobre las habilidades en comunicación y el tiempo de entrevista. *Aten Primaria*. 2022; 54(9): 102388.

Durand M, Carpenter L, Dolan H, Bravo P, Mann M, Bunn F, et al. Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014; 9(4): e94670

Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care—ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011; 10(4): 248-51.

WHO. Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2010

WHO. The challenge of chronic conditions: preparing a health care workforce for the 21st century. *Chronic Illn*. 2005; 1(2): 99-100.

WHO. The world health report 2008: primary health care now more than ever: introduction and overview. World Health Organization. 2008. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>

Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. Cuestionarios de atención centrada en la persona en atención primaria. Una revisión sistemática. *Aten Primaria*. 2020; 52(10): 738-49.

Kasén A. Den vårdande relationen – The Caring Relationship [tesis doctoral]. Turku, Finland: Åbo Akademi University Press; 2002.

Slater P, McCance T, McCormack B. The development and testing of the Person-centred Practice Inventory-Staff (PCPI-S). *Int J Qual Health Care*. 2017.

Stevenson AC. Compassion and patient-centred care. *Aust Fam Phys*. 2002; 31(12): 1103-6

Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000; 51(7): 1087-10.

Ekman I, Hedman H, Swedberg K, Wallengren C. Commentary: Swedish initiative on person centred care. *BMJ Med*. 2015; 350: 160.

Organización Médica Colegial de España. La relación médico-paciente. Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad. CGCOM. 2017; 24-8.

Nolte E, Merkur S, Anell A, eds. Achieving person-centred health systems: Evidence, strategies and challenges. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press (Virtual Publishing); 2020

Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Educ Couns*. 2003; 51(3): 197-206

Colman AM. *A Dictionary of Psychology*. 4th ed. Londres: Oxford University Press; 2016

McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Family-oriented primary care. 2nd ed. Rochester, NY: Springer Publishing; 2005

Harding E, Wait S, Scrutton J. The state of play in person-centred care: A pragmatic review of how person-centred care is defined, applied and measured. The Health Foundation; 2015

Miles A, Asbridge JE. Clarifying the concepts, epistemology lexicon of person centeredness: an essential prerequisite for the effective operationalization of PCH within modern healthcare systems. Eur J Person Cent Healthcare. 2014; 2(1): 1-5

Martínez T, Díaz-Veiga P, Sancho M y Rodríguez P. Modelo de Atención Centrada en la Persona. Cuadernos prácticos, nº 4. Profesionales nuevos roles y equipos de atención. Fundación Matia. Julio 2015

Brooker D. Atención centrada en la persona con demencia. Mejorando los recursos. Octaedro Psicoterapias. 2013

Institute of Medicine (US) Committee on Nursing Home Regulation. Improving the Quality of Care in Nursing Homes. Washington (DC): National Academies Press (US); 1986. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK217556/> doi: 10.17226/6466

Martínez Rodríguez, T. La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención e instrumentos de evaluación. Universidad de Oviedo 2015

García Mendoza, A. Cuidamos contigo, proyecto Chambería [sede web]. Distrito Chamberí, Madrid: Buenas prácticas, modelo y ambiente; 11 de agosto de 2016, accedido 15 de mayo de 2017

Joseph Loscalzo, Anthony Fauci, Dennis Kasper, Stephen Hauser, Dan Longo, J. Larry Jameson. (2023). Medicina Interna Harrison 21 ed. Mc Graw Hill.

<https://www.cdc.gov/> (07 de 07 de 2023). Obtenido de <https://www.cdc.gov/>:

<https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/diabetes.html>

<https://www.clinicauandes.cl/> (2020). Obtenido de

<https://www.clinicauandes.cl/medicos-y-especialidades/diccionario-medico/detalle-glosario/sedentarismo>

<https://www.colesterolfamiliar.org/>. (Junio de 2020). Obtenido de

<https://www.colesterolfamiliar.org/hipercolesterolemia-familiar/hipertrigliceridemia/>

<https://www.paho.org/es/> (07 de Julio de 2023). Obtenido de © Organización Panamericana de la Salud. Todos los derechos reservados.:

[https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=Se%20estima%20que%2062%20millones,Diabetes%20Atlas%20\(novena%20edici%C3%B3n\).](https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=Se%20estima%20que%2062%20millones,Diabetes%20Atlas%20(novena%20edici%C3%B3n).)

<https://www.sciencedirect.com/>. (mayo de 2017). Obtenido de Elsevier:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1575092207714468>

J. Alejandro Barrientos Salinas y Mariela A. Silva Arratia. (1 de Mayo de 2020).

https://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0040-29152020000100006



Implementando un modelo humanizado de atención basado en la persona



Juntos y movilizados por el derecho a la SALUD y la VIDA

APROSAR ©
Urbanización Challacollo Justo Flores 10 y Pedro Barrau
Zona Sud, Oruro, Bolivia

(591)-2-5263622
(591)-2-5263605

contacto@aprosarbolivia.org.bo

www.aprosarbolivia.org.bo
Facebook: ONGAPROSARBOLIVIA
X: ongAPROSAR