

Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia

Quality of care to the older adult population at the family physician´s office

MSc Maria Esther Alvarez Lauzarique^I, Dra. Marisabel Rocha Rosabal^{II},
Dr.C Héctor D. Bayarre Veá^I, MSc Kenia Almenares Hernández^I

^I Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{II} Policlínico Docente Universitario "Luis Pasteur". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el envejecimiento poblacional constituye un problema demográfico y social en el mundo, al que Cuba no escapa. El sistema de salud cubano tiene como objetivo incrementar los niveles de salud, la calidad de los servicios y la satisfacción de la población y sus prestadores. Cuba posee el 18,3 % de su población con 60 años y más, y tendencia al aumento en los años futuros. De ahí que se vaticine un incremento en los servicios de salud, situación que afecta su calidad, por lo que evaluar la atención que se presta en el nivel primario constituye una necesidad.

Objetivo: evaluar la calidad del proceso de atención que se brinda a los ancianos en consultorios del médico de la familia.

Métodos: investigación evaluativa, descriptiva y transversal en el municipio 10 de Octubre. Como fuente de información se empleó la historia clínica de los 100 pacientes seleccionadas en 10 consultorios de los policlínicos Luis Pasteur y Luis de la Puente Uceda, cuya información se obtuvo mediante un formulario validado.

Resultados: el 31,2 % de las variables fueron evaluadas en la categoría de bueno, las restantes no alcanzaron el estándar.

Conclusiones: la calidad del proceso de atención en el consultorio mostró insuficiencias de acuerdo con los estándares establecidos, lo que debe tenerse en cuenta para la mejora continua de la atención a este segmento de la población.

Palabras clave: evaluación de calidad, proceso de atención, adulto mayor.

ABSTRACT

Introduction: population aging is a demographic and social problem worldwide and Cuba is not an exception. The Cuban health care system is aimed at raising the health standards, the quality of health services and the level of satisfaction of the population and its providers. Cuba has over 60 years-old adults accounting for 18.3 % of its population, with an upward tendency in the future. As a result, an increase in health service demands has been foreseen, and this situation could affect quality, therefore, evaluating the health care service rendered at the primary level is a must.

Objective: to evaluate the quality of health care rendered to the older people in family physician´s offices.

Methods: evaluative, descriptive and cross-sectional research study carried out in 10 de Octubre municipality. The information source was the medical histories of 100 patients selected from 10 family physician´s offices under Luis Pasteur and Luis de la Puente Uceda polyclinics. The information was also collected with a validated form.

Results: in the study, 31.2% of the variables were rated as good whereas the rest of them did not attain this standard.

Conclusions: the quality of the health care process in the family physician´s office showed deficiencies, according to the set standards, which must be considered for the permanent improvement of the health service provided to this population sector.

Keywords: quality evaluation, care process, older adult.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, América Latina ha sufrido cambios vertiginosos en los índices de mortalidad y de natalidad, dando como resultado que el número de personas de 60 y más años de edad que hoy residen en la Región de las Américas supere a los 106 millones de habitantes. Se estima que para los años 2025 y 2050, la proporción de población de 60 y más años de edad será de 14 % y 23,4 % respectivamente, y que el 80 % de esta fracción de la población vivirá a mediados del siglo XXI en países en desarrollo.^{1,2}

Cuba, junto con Uruguay, Argentina y Chile, se encuentra entre los países más envejecidos de América Latina, con una transición demográfica prácticamente concluida y una baja fecundidad como principal variable actuante en el crecimiento poblacional, que está por debajo del nivel de reemplazo generacional y así también, su proyección futura. Se mantienen también niveles bajos de mortalidad infantil y un incremento en la esperanza de vida, los cuales se registran como los más bajos del continente. Las migraciones externas presentan saldos negativos desde hace varias décadas; esto hace decrecer la población joven en edad productiva y reproductiva.³

El aumento de la población de 60 años y más de edad requiere de una atención especial, dada la fragilidad que la caracteriza y la aparición de enfermedades crónicas y discapacidades derivadas del proceso de envejecimiento, que demandan

más atención de los servicios de salud. Todo esto hace que muchos de ellos perciben ayuda en lo referente al acceso a los medicamentos, disponibilidad de alimentos, necesidad del lavado de ropa, asistencia social a domicilio, acceso a recreación y, en muchos casos, ayuda económica, entre otros factores.^{4,5}

Uno de los sistemas que advierte significativos retos en este sentido es el sector de la salud. Si bien es cierto que el incremento de la esperanza de vida refleja el desarrollo social alcanzado por una nación, esta realidad permite plantearse nuevas metas que prolonguen dicho indicador, con mayor salud y calidad de vida a partir de que lo esencial es el ser humano.⁶

El sistema de salud cubano tiene como objetivo incrementar los niveles de salud, la calidad de los servicios y la satisfacción de la población y sus prestadores.

La calidad de la atención en salud se fundamenta en la realización de un diagnóstico adecuado para cada paciente, disponiendo para ello de los mejores y menos molestos métodos y como consecuencia, la administración de un tratamiento idóneo para restablecer, en lo posible, la salud. También se determina por la accesibilidad de los servicios, la continuidad y la satisfacción de los pacientes.⁷

Ello hace pertinente la evaluación de la calidad del proceso de atención al adulto mayor en el primer nivel del sistema de salud –en particular en el consultorio del médico de la familia, escenario en donde se pretende dar solución a más del 70 % de las necesidades de atención a la población. Precisamente con el objetivo de evaluar el proceso de atención que se brinda al adulto mayor es que se realiza el presente trabajo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio evaluativo, descriptivo, de corte transversal en consultorios de los policlínicos "Luis Pasteur" y "Luis de la Puente Uceda", ubicados en el municipio 10 de Octubre, durante el 2013. El universo estuvo constituido por 54 358 adultos mayores existentes en el municipio, a través de la fórmula de cálculo del Muestreo Simple Aleatorio con un coeficiente de confiabilidad de 95 % y precisión de 0,9 una P del 0,6. La selección se realizó a través de Muestreo por Conglomerados Bietápico con probabilidades proporcionales a los tamaños de los UPE (consultorios). Para cada policlínico se seleccionaron 5 consultorios y en cada uno de ellos se escogieron 10 historias clínicas.

Las variables definidas fueron: dispensarización, planificación de consultas y terrenos según grupo dispensarial, consultas y terrenos realizados, procesos de atención específicos, realización del examen periódico de salud (EPS), interrogatorio, examen físico, evaluación nutricional, pesquisa de cáncer específico y general, escala geriátrica de evaluación funcional, exámenes complementarios, orientaciones sobre su problema de salud, seguimiento, evaluación del adulto mayor, remitido al EMAG, vacunación e interconsulta con otras especialidades, que constituyen aspectos claves del proceso de atención al adulto mayor en el consultorio, cuya valoración fue expresada en una escala cualitativa ordinal con las categorías: bueno, regular y malo. Como estándar se consideró el 80 % o más de respuestas consignadas en la categoría bueno.

Como fuente de recogida de datos se utilizó el formulario "Evaluación de la calidad del proceso de atención médica al adulto mayor en el Consultorio del Médico y Enfermera de la Familia" ([Anexo 1](#)), aplicado a las 100 historias clínicas seleccionadas. El mismo fue validado a través de la investigación realizada por la Escuela Nacional de Salud Pública para la evaluación de las transformaciones en el sector, así como en la tesis para optar por el título de especialista de Bioestadística "Diseño de instrumentos para evaluar calidad del proceso de atención médica a ancianos en el nivel primario" del doctor Julio César Díaz Marrero.

Se realizó el análisis exploratorio de datos para detectar posibles omisiones o errores y hacer las correcciones pertinentes. El procesamiento se efectuó a través del Paquete de Programas SPSS versión 21 y los resultados se presentan en cuadros estadísticos en frecuencias absolutas y porcentajes. Se solicitó de manera oficial a la Dirección Municipal de Salud de 10 de Octubre y a la dirección de los policlínicos "Luis Pasteur" y "Luis de la Puente Uceda", autorización para llevar a cabo la investigación mediante un modelo de consentimiento informado.

RESULTADOS

La evaluación se realizó en 10 consultorios, 5 de cada policlínico seleccionado. En cada CMF se escogieron 10 historias clínicas de adultos mayores, de ahí que en total se evaluaron 100 historias clínicas. De las variables evaluadas, solo 5 se consignaron en la categoría "bueno" (más de 80 %), lo que representa el 31,2 % del total; las restantes no alcanzaron el estándar planteado.

Las categorías con resultados positivos en orden decreciente fueron: interrogatorio y examen físico respectivamente, ambas con 100 %, dispensarización con el 95 %, la planificación de consultas con el 94 % y orientaciones sobre su problema de salud con 85 %. Para las categorías realización de examen periódico y escala geriátrica para la evaluación funcional, específicas de la atención al adulto mayor a nivel de cada consultorio, solo se consignó en la categoría bueno al 56 %. El proceso de atención específico, la pesquisa general y específica de cáncer -que obtienen el 25 %, 11 % y 6 % en ese orden-, evidencian una baja calidad en la atención que se brinda a nivel de los consultorios. La valoración nutricional fue evaluada como buena en el 52 % de las historias clínicas revisadas, aspecto básico para identificar los diferentes factores que lo afectan y orientar correctamente y de forma individual su alimentación.

Es importante en los adultos mayores buscar signos de afecciones en mama, próstata, tiroides, lesiones pre malignas en piel y cavidad bucal, sangre oculta en heces fecales, entre otros exámenes para el diagnóstico precoz de enfermedades neoproliferativas. Sin embargo, la pesquisa de cáncer fue evaluada como regular ([Tabla 1](#)).

En las otras variables evaluadas y relacionadas con el proceso de atención al adulto mayor en el consultorio médico, solo las orientaciones sobre su problema de salud superaron el estándar con el 85 % de las respuestas consignadas en la categoría bueno. Le siguió la vacunación, que a pesar de no haber llegado al estándar se le aproximó con el 78 %. Entre los resultados negativos destaca la remisión al Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica (EMAG), con escaso 12 % consignado en la categoría bueno, el seguimiento con el 37 %, la evaluación del adulto mayor con 51 % e interconsulta con especialidades no relacionadas con el EMAG con 59 % ([Tabla 2](#)).

Tabla 1. Adultos mayores en consultorios según evaluación del proceso de atención

VARIABLES	EVALUACIÓN DEL PROCESO					
	BUENO		REGULAR		MALO	
	No.	* %	No.	* %	No.	* %
Evaluación Dispensarización	95	95,0	2	2,0	3	3,0
Planificación de consultas	94	94,0	4	4,0	2	2,0
Consultas de terreno	42	42,0	51	51,0	7	7,0
Proceso de atención específicos	25	25,0	64	64,0	11	11,0
Realización Examen Periódico	56	56,0	38	38,0	6	6,0
Interrogatorio	100	100,0	0	0,0	0	0,0
Examen Físico	100	100,0	0	0,0	0	0,0
Evaluación Nutricional	52	52,0	27	27,0	21	21,0
Examen específico de Cáncer	6	6,0	61	61,0	33	33,0
Examen general de Cáncer	11	11,0	66	66,0	22	22,0
Escala geriátrica evaluación funcional	56	56,0	33	33,0	11	11,0

Tabla 2. Adultos mayores en consultorios según evaluación de otras variables del proceso de atención

OTRAS VARIABLES	EVALUACIÓN DEL PROCESO					
	BUENO		REGULAR		MALO	
	No.	%(*)	No.	%(*)	No.	%(*)
Exámenes Complementarios	60	60,0	25	25,0	15	15,0
Orientaciones sobre su problema de salud	85	85,0	14	14,0	1	1,0
Seguimiento	37	37,0	33	33,0	30	30,0
Evaluación del adulto mayor	51	51,0	37	37,0	12	12,0
Remitido al EMAG (**)	12	12,0	29	29,0	41	41,0
Vacunación	78	78,0	19	19,0	3	3,0
Interconsulta con otras especialidades	59	59,0	14	14,0	23	23,0

(*) % calculado n = 100

(**) 18 casos se excluyen por no proceder su remisión al EMAG

DISCUSIÓN

Según *Salvarezza*,⁷ uno de los autores que mayor aporte ha realizado al trabajo con el envejecimiento en Latinoamérica, "La vejez es un tema conflictivo no solo para el que la vive en sí mismo, sino también para aquellos que sin ser viejos aun, diariamente la enfrentan desde sus roles profesionales de médico, psicólogo, asistente social, enfermero, o como hijo, colega, socio, vecino, o un simple participante anónimo de las multitudes que circulan por nuestras grandes ciudades".

El estudio de Villanueva Claro⁸ define la vejez como la edad en que se adquieren comportamientos de dependencia, ligada a una fragilización del estado de salud, por lo que ello tensiona la demanda que producen en la prestación de los servicios de salud.

La evaluación del proceso de atención al adulto mayor en los policlínicos de referencia mostró insuficiencias en relación a la calidad con que se realiza, en particular las categorías Realización de Examen Periódico (EPS) y Escala Geriátrica para la Evaluación Funcional, específicas de la atención al adulto mayor a nivel de cada consultorio.

El Examen Periódico de Salud (EPS) es la herramienta con que cuenta el equipo básico de salud para evaluar a los ancianos teniendo en cuenta sus aspectos sociales, funcionales, psicológicos y biomédicos; esta evaluación multidimensional permite no solo conocer el estado base de este, sino valorar precozmente cualquier cambio que en él se produzca.⁹

El Médico de Familia realiza el EPS para la búsqueda activa y precoz de los problemas y, en correspondencia con estos, establece un plan de acción que los modifique, ya sea con medidas de prevención primaria, secundaria, terciaria o con otras formas de intervención.¹⁰

A ello se añaden los resultados obtenidos en el proceso de atención específico y la pesquisa general y específica de cáncer, entre otros exámenes, para el diagnóstico precoz de enfermedades neoproliferativas. Estudios publicados demuestran que las atenciones por el equipo de salud en el nivel primario tiene deficiencias dadas por la realización inadecuada de las historias clínicas.¹¹⁻¹³

La valoración nutricional también evaluada de manera insuficiente refleja deficiencias en la evaluación del adulto mayor respecto a este aspecto, básico para identificar los diferentes factores que lo afectan y para orientar correctamente y de forma individual su alimentación.¹⁴

El bajo porcentaje que alcanza la evaluación del adulto mayor, podría contribuir a la pérdida de independencia o autonomía de los ancianos, al no identificarse de manera oportuna las vulnerabilidades del anciano para establecer un plan de medidas que garanticen su independencia y mantener su calidad de vida.

El bajo porcentaje de interconsultas en las historias clínicas evaluadas expresa la pobre identificación de los problemas que padecen estos pacientes, pues se conoce de la frecuencia con que se presentan las comorbilidades en este segmento de la población, las que motivan la atención integral no solo por el médico de la familia, sino por otras especialidades, con vistas a mejorar el estado de salud a estos.

El que una minoría de los adultos mayores se haya remitido al EMAG, pudiera indicar un manejo inadecuado de estas personas, pues es muy frecuente la necesidad de atención especializada a este segmento de la población, dada la aparición de enfermedades crónicas y trastornos conexos que requieren de servicios de mayor complejidad. La falta de una evaluación adecuada pudiera condicionar todos los procedimientos siguientes.

Estos resultados reflejan debilidades en el enfoque adecuado que debe realizar el equipo básico de salud en la atención al adulto mayor, cuyas causas pueden estar relacionadas con la poca prioridad que se brinda en los servicios a este grupo poblacional, la falta de competencias para dar una atención de calidad o en el desconocimiento por parte del equipo básico de lo establecido para la atención al adulto mayor, que por demás va siendo mayoritaria su presencia en la población.

Uno de los programas priorizados por el Ministerio de Salud Pública Cubano es el de Atención Integral al Adulto Mayor, con los tres subprogramas: de atención comunitaria, en instituciones sociales y hospitales.⁹ Entre sus objetivos se plantea promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres en la población de 60 años y más; prevenir o retardar la aparición de enfermedades y discapacidades en esta edad; garantizar la atención integral, oportuna y eficaz, así como su rehabilitación; estimular la participación comunitaria; desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos y estimular las investigaciones en relación a la morbilidad, mortalidad, letalidad y discapacidades.

El envejecimiento poblacional ha impuesto un nuevo reto para los sistemas de salud a nivel mundial, hoy lo más importante es mejorar cualitativamente la salud y el bienestar de la población. Con este fin se ha desarrollado en las últimas décadas el término calidad, utilizado en las más diversas disciplinas. El papel de la atención primaria al adulto mayor no reside solo en su impacto en la salud de estos, sino también en lo que tiene que ver con la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas de salud, lo que está estrechamente relacionado con la calidad del servicio. La profesora *Starfield*,¹⁴ una notable especialista en este campo, señala: "Existe suficiente evidencia que demuestra que la atención médica concebida bajo una orientación hacia la atención primaria está vinculada con servicios de salud de mayor efectividad y equidad. Las naciones con una orientación mayor hacia la atención primaria, cuentan con una población de mejor salud a menor costo"

Considerando lo anterior, se puede concluir que la calidad del proceso de atención en el consultorio mostró insuficiencias en lo normado, en especial con los procesos particulares de la evaluación de los ancianos: examen periódico, evaluación geriátrica de la escala funcional, el examen periódico de salud, pesquisa de cáncer y la remisión e interconsulta con el EMAG y otras especialidades.

Anexo (Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia)

Instructivo modelo No. _____

Nombre del modelo: Evaluación de la atención médica al adulto mayor en el consultorio del médico y enfermera de la familia.

Objetivo: Evaluar la calidad del proceso de atención brindado por el médico de la familia en el consultorio.

Generalidades:

1. Utilizar según los periodos de evaluación que se establezcan de acuerdo con las necesidades del territorio o por decisión de los funcionarios en los niveles del sistema de salud.

2. Aplicar por los especialistas, previamente entrenados, designados para realizar el proceso de evaluación.

3. Elaborar respetando los acápites o ítems establecidos, considerando la definición que aparece para cada criterio de evaluación según corresponda con los siguientes:

B: bien, R: regular, M: mal, N: no procede, C: correcto e I: incorrecto.

4. Procesar automáticamente según los datos obtenidos y el formato establecido.

Instrucciones de llenado:

Encabezamiento del modelo:

Fecha: anotar (día, mes y año) en que se realiza la evaluación

Número consecutivo: anotar el número que corresponde al instrumento según número de formulario que se aplique por consultorio.

Cuerpo del modelo:

I. Datos generales:

1.1 Provincia; 1.2. Municipio y 1.3. Área de salud: anotar el nombre según corresponda al territorio que se evalúa.

1.4 GBT; 1.5 CMF y 1.6 Historia clínica: anotar el número que identifica a los mismos, en cada consultorio que se evalúa.

1.7 Sexo (M: masculino, F: femenino) marcar con una cruz (X) según corresponda el sexo registrado en la historia clínica.

1.8 Edad y 1.9 Carné de identidad: anotar los años cumplidos y los once dígitos del número de identidad que aparecen registrados en la historia clínica.

II. Dispensarización:

2.1 Dispensarizado (Si o No): marcar con una cruz (X) según corresponda a la condición del paciente.

2.2 Evaluación de la Dispensarización; 2.3 Planificación de consultas y terrenos según grupo dispensarial y 2.4 Consultas y terrenos realizados según grupo dispensarial: anotar en el escaque la evaluación otorgada a cada acápite de acuerdo con los criterios establecidos para cada uno.

2.5 Registrar los problemas de salud identificados en el adulto mayor: anotar en las líneas los principales problemas de salud del adulto mayor, identificados por el médico (riesgos, enfermedades, secuelas).

2.6 Cumplimiento de los procesos de atención específicos que requieren prioridad en el domicilio o en el consultorio: anotar en el escaque la evaluación otorgada a cada acápite de acuerdo con los criterios establecidos para cada uno (B, R, M, y N).

III. Examen periódico de salud (EPS):

3. Realización del EPS (Si o No): marcar con una cruz (X) en el escaque correspondiente la realización o no del EPS, y anotar en el espacio en blanco (B, R, M) si la condición es Si.

3a.1 Datos generales: anotar en el escaque la evaluación otorgada a cada acápite de acuerdo con los criterios establecidos para cada uno (B, M, N).

3a.2 Antecedentes patológicos personales (APP) (correcto, incorrecto o No procede): marcar con una cruz (X) en el escaque correspondiente de estar consignado los APP que repercuten en esta etapa del ciclo vital.

3a.3 Examen físico, 3a.4 Evaluación nutricional: anotar en el escaque la evaluación otorgada a cada acápite de acuerdo con los criterios establecidos para cada uno (B, R, M, y N).

3a.5 Pesquisa de cáncer: Este acápite pretende evaluar la ejecución de la pesquisa de cáncer de manera específica y general, en cada paciente.

3a.5.1 Pesquisa específica, 3a.5.1.1 Bucal, 3a.5.1.2 Próstata, 3a.5.1.3 Mama, 3a.5.1.4 Colon, 3a.5.1.5 piel, 3a.5.1.6 cérvico-uterino (CCU): anotar en el escaque la evaluación otorgada a cada acápite de acuerdo con los criterios establecidos para cada uno (B, R, M, y N).

3a.5.2 Evaluación general: (se refiere al resultado derivado del acápite 3a.5.1 Pesquisa específica), anotar en el escaque la evaluación otorgada a cada acápite de acuerdo con los criterios establecidos para cada uno (B, R y M).

3a.6 Escala Geriátrica Evaluación Funcional: anotar en el escaque la evaluación otorgada a cada acápite de acuerdo con los criterios establecidos para cada uno (B, R, M, y N).

3a.7 Exámenes complementarios: anotar en el escaque la evaluación otorgada a cada acápite de acuerdo con los criterios establecidos para cada uno (B, M, y N).

3a.8 Orientaciones: anotar en el escaque la evaluación otorgada a cada acápite de acuerdo con los criterios establecidos para cada uno (B, R, M, y N).

3a.9 Seguimiento: anotar en el escaque la evaluación otorgada a cada acápite de acuerdo con los criterios establecidos para cada uno (C, I y N).

3a.10 Evaluación del adulto mayor: anotar en el escaque la evaluación otorgada a cada acápite de acuerdo con los criterios establecidos para cada uno (B, R, M, y N).

3a.11 Si el adulto mayor fue remitido al EMAG: anotar en el escaque la evaluación otorgada a cada acápite de acuerdo con los criterios establecidos para cada uno (C, I y N).

IV. Vacunación: anotar en el escaque la evaluación otorgada a cada acápite de acuerdo con los criterios establecidos para cada uno (B y M).

V. Otras interconsultas no relacionadas con el EMAG: anotar en el escaque la evaluación otorgada a cada acápite de acuerdo con los criterios establecidos para cada uno (B, R, M, y N).

Pie del modelo: Anotar el nombre y apellidos del evaluador que aplica el formulario.

Evaluación de la calidad del proceso de atención médica al adulto mayor en el consultorio del médico y enfermera de la familia (Historia Clínica)		Fecha de confección:		No consecutivo del formulario
		Día ____	Mes ____	
I- Datos Generales				
1.1 Provincia: _____		1.2 Municipio: _____		
1.3 Área de Salud: _____		1.4 GBT #: _____		
1.5 CMF #: _____				
1.6 Historia clínica (HC): _____		1.7 Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		1.8 Edad ____
1.9 C. de identidad: _____				
II- Dispensarización				
2.1 Dispensarizado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2.2 Evaluación de la Dispensarización <input type="checkbox"/>	B: bien clasificado en alguno de los grupos dispensariales, de acuerdo al problema de salud que presente, según Programa de Atención del Médico y Enfermera de la Familia. M: en otro caso N: no procede		
2.3 Planificación de consultas y terrenos según grupo dispensarial <input type="checkbox"/>	B: adecuada y en correspondencia con el grupo dispensarial (últimos 12 meses) R: no adecuada, pero se corresponde con el grupo dispensarial M: no adecuada y no se corresponde con el grupo dispensarial N: no procede	4 Consultas y terrenos realizados según grupo dispensarial al	B: contiene los aspectos establecidos, con la calidad requerida, según Programa de Atención del Médico y Enfermera de la Familia. R: se omite al menos uno de los aspectos establecidos M: no contiene ninguno de los aspectos establecidos N: no procede	
2.5 Registrar los problemas de salud identificados en el adulto mayor	Riesgos (G-II): _____	2.6 Cumplimiento de los procesos de atención específicos que requieren prioridad en el domicilio o en el consultorio <input type="checkbox"/>		
Enfermedad (es) (G-III): _____		B: contiene los aspectos establecidos, con la calidad requerida, de acuerdo al proceso específico identificado R: contiene los aspectos establecidos, pero		

_____ Secuela (G-IV): _____ _____		algunos no alcanzan la calidad requerida, o contiene algunos aspectos con la calidad M: no contiene los aspectos establecidos, o no poseen la calidad requerida N: no procede	
III - Examen periódico de salud (EPS)			
3. Realización del EPS <input type="checkbox"/> (según HC individual)		B: realizado en los últimos 12 meses R: realizado entre 12 y 24 meses M: realizado en otro periodo o no realizado	
III a -Elementos a evaluar del EPS			
3a.1 Datos generales <input type="checkbox"/>	B: presente M: ausente N: no procede	3a.2 Antecedentes patológicos personales <input type="checkbox"/> C: están consignado los APP que repercuten en esta etapa del ciclo vital I: no están presentes N: no procede	3a.3 Examen físico <input type="checkbox"/>
	B: con la calidad requerida R: sin la calidad requerida M: ausente N: no procede		B: con la calidad requerida R: sin la calidad requerida M: ausente N: no procede
3a.4 Evaluación nutricional <input type="checkbox"/>	B: con la calidad requerida R: sin la calidad requerida M: ausente N: no procede	3a.5 Pesquisa de Cáncer: .1 Pesquisa específica * .1 Bucal <input type="checkbox"/> .2 Próstata <input type="checkbox"/> .3 Mama <input type="checkbox"/> .4 Colon <input type="checkbox"/> .5 Piel <input type="checkbox"/> .6 CCU <input type="checkbox"/> .2 Evaluación general ** <input type="checkbox"/>	* B: con la calidad requerida según establece el programa R: sin la calidad requerida según establece el programa M: ausente N: no procede ** B: todas las pesquisas posibles con evaluación de Bien R: cuando al menos tiene una evaluación de bien y ninguna de Mal
3a.6 Escala Geriátrica Evaluación Funcional <input type="checkbox"/>	B: con la calidad requerida R: sin la calidad requerida M: ausente N: no procede		

			M: en otro caso
3a.7 Exámenes complementarios <input type="checkbox"/> B: indicados, realizados e interpretación adecuada M: otro caso N: no procede			
3a.8 Orientaciones <input type="checkbox"/>	B: sobre: estilo de vida saludable, terapéuticas, problema de salud específico u otros. R: solo sobre problemas de salud específicos M: sin orientaciones N: no procede	3a.9 Seguimiento <input type="checkbox"/>	C: indicado I: no indicado N: no procede
3a.10 Evaluación del adulto mayor <input type="checkbox"/>	B: con la calidad requerida R: sin la calidad requerida M: ausente N: no procede	3a.11 Si el adulto mayor fue remitido al EMAG <input type="checkbox"/>	C: remitido y valorado según criterios establecidos I: en otro caso N: no procede
IV- Vacunación		V- Interconsultas NO relacionadas con el EMAG	EVALUADOR (Nombre y apellidos)
4. Vacunación <input type="checkbox"/>	B: completas según esquema y actualizadas M: en otro caso	5. Interconsulta con otras especialidades no relacionadas con el EMAG <input type="checkbox"/>	B: remitido y consultado R: remitido pero no consultado M: no remitido N: no procede, referido solo a la interconsulta

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS-OMS. Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores incluido el Envejecimiento Activo y Saludable. CE144/9. Washington, DC: OPS-OMS; 2009.
2. Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor [Internet]. Washington, DC: OPS; 2012 [citado 10 Feb 2012]: [aprox.1 p]. Disponible en: http://www.new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6816%3Aenseñanza-de-la-enfermeruna-en-salud-del-adulto-mayor.&catid=526%3Ahss04-human-resources-for-health&Itemid=233&lang=es

3. Oficina Nacional de Estadísticas. Cuaderno de Estudios Población y Desarrollo 2010. Envejecimiento, Políticas Públicas y Desarrollo en América Latina. Retos presentes, necesidades futuras [serie en Internet]. 2010 [citado 19 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.one.cu>
4. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M. Diagnóstico de fragilidad en adultos mayores de una comunidad urbana. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 Jun [citado 22 Sep 2013]; 35(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200016&lng=es
5. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu EÁ. La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 Mar [citado 22 Sep 2013]; 35(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100004&lng=es
6. Aguirre-Gas H. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. Salud. Pública Mex. 1990; 32(2):623-9.
7. Salvarezza L. Psicogeriatría. Teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós; 1999.
8. Villanueva Claro M. Abordaje histórico de la psicología de la vejez. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 22 Sept 2013]; 8(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300002&lng=es.
9. Ministerio de Salud Pública. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2005.
10. Miranda Guerra AJ, Hernández Vergel LL, Rodríguez Cabrera A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2014 Jul 03]; 25(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300003&lng=es.
11. Martínez Hernández CL. Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2006 [citado 2014 Jul 03]; 32(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100013&lng=es&nrm=iso
12. Díaz Novás J, Gallego Machado BR, León López R. La visita médica al hogar. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2007 Mar [citado 2014 Jul 03]; 23(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100012&lng=es.
13. Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Tomo I. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.

14. Starfield B. The future of primary care: refocusing the system. The New England Journal of Medicine. 2008; 359(20): 1533-4406.

Recibido: 16 de mayo de 2014.

Aprobado: 15 de octubre de 2014.

MSc Maria Esther Alvarez Lauzarique. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba. E mail: esther.alvarez@infomed.sld.cu