



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ESCUELA DE MEDICINA

DIPLOMADO EN GERENCIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA

**La vulnerabilidad de la población Adulta Mayor en el acceso a los Servicios de Salud de la
Unidad Municipal de Salud Norte del Distrito Metropolitano Quito**

Proyecto de investigación previo a la obtención
del título de Diploma Superior en GERENCIA Y
CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

Autor : Ing. Emma del Pilar Dávila Silva

Director: Dr. Herteleer Johan Rene Clement

Centro Universitario: UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Quito-Ecuador

2011

I

Doctor
Herteleer Johan

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación realizado por el(la) estudiante: Ing. Emma del Pilar Dávila Silva, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja; por lo que autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

Quito, 27 de septiembre 2011

f).....

DIRECTOR

AUTORÍA

Yo, Emma del Pilar Dávila como autora del presente trabajo de investigación, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en la misma.

AUTORA DEL PROYECTO

C.I.:1703572634

CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Emma del Pilar Dávila Silva, declaro conocer y aceptar la disposición del Art.67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

ING. EMMA DEL PILAR DAVILA SILVA

C.I.: 1703572634

AGRADECIMIENTO

Para engrandecer mi conocimiento, he aprendido a convivir con la razón y el corazón y gracias a la oportunidad de este nuevo reto en mi vida, lograré retribuir a aquellas personas que apostaron en mí, doy gracias a un nuevo comienzo del saber que es otro arte de vivir.

EMMA DEL PILAR DÁVILA SILVA

DEDICATORIA

A Dios y a la vida:

A Dios, por el camino recorrido....

A mi hija, por ser el motor de mi vida, mi superación diaria, mi dulce y tierna niña, que llena de felicidad y amor mi corazón...

A mi madre por ser mi inspiración diaria y mi motivación para haber escogido este tema ...

A Moly, mi Ángel, compañero de vida, que me ha ayudado a ponerme de pie frente a los retos y que con sus alas me ha enseñado que no hay vuelo difícil ni imposible, que con su motivación, paciencia, enseñanzas y apoyo compartió mi sueño, no para matar horas de estudio, sino para con estas horas aprender a vivir intensamente y con amor...

A la vida.... Por una nueva oportunidad de aprender y vivir a plenitud...

EMMA DEL PILAR DÁVILA SILVA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR	II
AUTORÍA	III
CESIÓN DE LOS DERECHOS	IV
AGRADECIMIENTOS	V
DEDICATORIA	VI
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I	
Antecedentes	9
Marco Teórico Conceptual	10
CAPÍTULO II	
Contexto General	19
Proyecciones poblacionales.	20
El marco Legal	23
Reseña histórica del DMDQ y contexto institucional y de población UMSN	25
Direccionamiento estratégico	31
Oferta de servicios en la Unidad Municipal de Salud Norte	34
CAPÍTULO III	
Base mensual de atención, recursos necesarios	42

F.O.D.A.	43
Entrevistas y encuestas	48
CAPÍTULO IV:	
Requerimientos de las PAM	63
Recomendaciones	64
Conclusiones	66
BIBLIOGRAFÍA	69

RESUMEN

El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito a través de la Secretaría de Salud, se encuentra precisada a desplegar el programa de Salud y Vida Digna, que es un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la realización humana de Personas Adultos/as Mayores (PAM), que habitan en el territorio del Distrito Metropolitano de Quito;

Este programa es una concreción de la política social de Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, orientado hacia uno de los grupos prioritarios definidos en la Constitución vigente, que propone superar el existencialismo, el re creacionismo y la atención biomédica, orientándose a la dignificación de las Personas Adultas Mayores, priorizando la participación comunitaria, fomenta la corresponsabilidad ciudadana y propone una construcción de una ciudad incluyente, educadora y solidaria.

La población ecuatoriana hoy tiene una esperanza de vida por sobre los 75 años, pero padece la incertidumbre de no saber en qué condiciones vivirá los últimos años de su vida. Aquí radica el desafío de la Secretaría de Salud del DMQ y que por intermedio de la UMSN.

INTRODUCCIÓN

El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito preocupado por mejorar la salud de la población y coherente a satisfacer las necesidades y expectativas de la comunidad, genera y crea las Unidades Municipales de Salud, las mismas que nacen para proteger y brindar servicios de salud a la población más pobre y vulnerable de Quito.

Por ser el adulto mayor una población altamente vulnerable y en muchos casos marginada de los programas generales de salud, la Secretaría de Salud del Distrito Metropolitano de Quito, se encuentra precisada a desplegar el programa de Salud y Vida Digna, que es un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la realización humana de Personas Adultos/as Mayores (PAM), que habitan en el territorio del Distrito Metropolitano de Quito; como primera fase se implementó en la Unidad Municipal de Salud Norte (UMSN).

Este programa específico de apoyo al Adulto Mayor, se desarrolla con el fin de solventar su vulnerabilidad en el acceso a los servicios de salud, tomando en cuenta la visión, políticas y planes de nivel nacional a municipal.

La población adulta mayor (mayores de 65 años), es un grupo humano en crecimiento a nivel mundial y local, de allí que el censo del 2010 muestra que la población adulta mayor oscila alrededor del 8.5%. Con estos antecedentes, es imperativo crear espacios y ambientes públicos en promoción de la salud y prevención de la enfermedades, lo que implica una adaptación en cuanto a infraestructura, equipamiento, personal, en servicios de atención municipal (dotación de medicamentos e insumos específicos para la atención de patologías de este grupo poblacional) y sensibilización del personal de la UMSN para que este grupo sea considerado como prioritario y su atención sea diferenciada y preferencial en la prestación de los servicios de salud, considerando que sus necesidades son distintas por su periodo de vida respecto al resto de la población.

El progresivo incremento en la población de personas mayores de 65 años en la mayoría de los países y más concretamente en el nuestro, ha ido acrecentándose por lo que se hizo necesario implementar un sistema de atención diferenciada y preferencial, además de formar a los profesionales de la salud y/o sociales en las necesidades y atención socio-sanitaria de este segmento.

El presente trabajo de investigación se sustenta en un análisis de la capacidad operativa y resolutoria de la Unidad Municipal de Salud Norte (UMSN) al acceso de la Población de Adultos Mayores (PAM) a los servicios de salud que ofrece dicha unidad, sus dificultades y/o necesidades para la prestación de un servicio diferenciado. Esta investigación es necesaria para poder evaluar el grado de satisfacción de la oferta de servicios de la UMSN, en cuanto a su calidad, eficacia y eficiencia

Se dará énfasis a la promoción y prevención en salud, propiciando educación en temas de auto cuidado individual y familiar, formación de grupos de adultos mayores dedicados al aprendizaje, trabajo para la revaloración del individuo, actividades de recreación, sensibilización en la red norte de prestadores de salud., diseño de instrumentos de evaluación y seguimiento clínico, etc.

Este programa es una concreción de la política social de Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, orientado hacia uno de los grupos prioritarios definidos en la Constitución vigente, que propone superar el asistencialismo, el recreacionismo y la atención biomédica, orientándose a la dignificación de las Personas Adultas Mayores, priorizando la participación comunitaria, fomenta la corresponsabilidad ciudadana y propone una construcción de una ciudad incluyente, educadora y solidaria.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Es conocido por todos/as que existen grupos poblacionales que históricamente han sido excluidos de las políticas públicas, por su situación de vulnerabilidad, algunos de ellos han sido motivo de acciones de instituciones gubernamentales como no gubernamentales, como es el caso de las mujeres embarazadas y los/as niños/as; sin embargo, algunos grupos poblacionales no han sido beneficiados de las políticas sociales de protección e inclusión, tal es el caso de los/as adultos/as mayores.

Si a esto le sumamos que las vulnerabilidades propias del ciclo de vida, más los riesgos que impone la invisibilización de este grupo en la sociedad, no han permitido que los servicios públicos de salud cuenten con una atención de salud diferenciada y especializada, que permita palear los problemas de salud propios de este segmento, considerando que la actual tendencia demográfica está cambiando y cuyo incremento representa un importante impacto en la salud pública.

Tenemos además problemas de:

- Acceso físico: distancia, discapacidad, horarios de atención.
- Gratuidad parcial porque la consulta médica no contempla suministro de medicamentos, situación que obliga a los pacientes al incumplimiento de su tratamiento de manera parcial o total.
- Exclusión de los adultos mayores por el modelo de atención de salud que no visualiza las incapacidades o dificultades que las PAM presentan al acudir a los servicios.
- Carencia de programas de educación, recreación y participación, teniendo como centro que los seres humanos somos seres integrales, biológicos, psicológicos, sociales, económicos, con creencias, saberes, emocionalidades, imaginarios, con anhelos, aspiraciones, los cuales por el ciclo de la vida en el que están atravesando se basan prácticamente en su salud y autocuidado.

- El enfoque asistencialista–paternalista vigente entre diversos actores responsables de garantizar el cumplimiento de los derechos de las PAM;
- Ausencia de una cultura de coordinación interinstitucional y cooperación, por un fuerte afán de figuración y competitividad.
- Los escasos recursos que se destinan a lo social, especialmente los orientados a las PAM son atomizados al no respetarse su asignación que muchas veces se ve afectada por distracción a apoyar a otros servicios o disposiciones de orden político.
- Limitada participación ciudadana en la evaluación de los servicios.
- Bajos niveles de calidad en el trato a las PAM en el proceso de atención.
- No existen respuestas especializadas a las variadas realidades socio – culturales y particulares de las PAM. Recién se está generando en el país una oferta diversificada de servicios.
- Poca participación familiar y comunitaria en los programas de apoyo a las PAM para promover mejoras en los niveles de calidad y la transparencia en su manejo, así como, la ampliación de sus coberturas.

El enfoque del Programa para las Personas Adultas Mayores, pretende superar estos problemas y para ello se destina parte del presupuesto del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, con el objeto de paliar en algo este problema, cuya solución pasa necesariamente por la corresponsabilidad de la familia, la sociedad civil organizada y el estado.

Por lo tanto el análisis de esta problemática debe ser multidisciplinario, profesional, intersectorial e interinstitucional; además es necesario reconocer que las acciones no están dirigidas solamente a los miembros de este grupo poblacional sino al entorno, familia, sociedad y las instituciones públicas implicadas, de manera que podamos tener una población adulta mayor viviendo dignamente el proceso vital del envejecimiento.

JUSTIFICACION

La Constitución de la República del Ecuador vigente, habla de un modelo de salud basada en atención primaria, donde se reconocen 5 grupos poblacionales prioritarios para la atención, donde las PAM forman parte de esos grupos, esto implica aplicar los protocolos de atención del MSP como autoridad nacional rectora de las políticas de salud y que a nivel general las instituciones públicas de salud no han dado una atención preferencial tal como lo menciona la mencionada Constitución y que es objetivo de la Unidad Municipal de Salud Norte.

Los principales riesgos a que se ven sometidos los adultos mayores. se deben a una mayor vulnerabilidad hacia las enfermedades crónico degenerativas e invalidantes, al abandono social, a una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios impuestos por la edad, situación económica, agravadas con las del ambiente social entre los que se destacan el aislamiento, soledad, depresión, dependencia con la falta de actividad física, componentes que requieren de apoyo, intervención y supervisión para impulsar acciones que promuevan la calidad de vida en las PAM, al mismo tiempo que los servicios de salud brinden una atención especial y personalizada, con integración, participación social y familiar.

Se hace indispensable también establecer un nuevo modelo de formación profesional, en que se conozcan los criterios más actuales en la valoración e intervención con las personas adultas mayores.

La gratuidad existente en los servicios de salud públicos y bajo el modelo de atención primaria, en el cual las PAM se encuentran en crecimiento demográfico, obliga a las instituciones públicas de salud a generar programas que permitan dar una prestación de servicios de salud integrales diferenciadas y preferentes, a este grupo poblacional y que les permita tener una buena calidad de vida, evitar discapacidades prevenibles y en caso de que éstas existan, intentar que no progresen, a más de ello todos los espacios públicos deben ser amigables, las atenciones integrales de salud deben abarcar

también otras esferas de la cotidianidad de la PAM como son los aspectos sociales debidos en muchos casos a tener que vivir solos sin su pareja y el abandono familiar o al vivir en familia a ser relegados perdiendo su independencia y su vinculación social y de toda la vida (vecinos, compadres, amigos) por la muerte de éstos o por el cambio de domicilio obligado, económicos, porque sus ingresos son dependientes de la jubilación en caso de existir o del aporte económico de los hijos y demás familiares que también es limitado.

Por medio de esta investigación quedará evidenciado el nivel de satisfacción de las Personas Adultas Mayores (PAM) en la atención recibida ante sus necesidades; así como los problemas, debilidades, amenazas de la Unidad Municipal de Salud Norte, etc., con el propósito de desarrollar alternativas de gestión y solución.

Por las razones expuestas, este programa se fundamenta en un enfoque de derechos para proponer sus prestaciones, estrategias y propuestas metodológicas.

OBJETIVO GENERAL

Identificar las necesidades de las Personas Adultas Mayores PAM que acuden a la Unidad Municipal de Salud Norte, para mejorar el nivel y la calidad de vida del adulto mayor y fortalecer sus capacidades garantizando una atención integral con una verdadera inclusión.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Lograr que las prestaciones de salud de la población PAM, (60 años y más) que acuden a la UMSN, sean diferenciadas y preferenciales.
- Establecer actividades que mejoren el equilibrio estático y dinámico del adulto mayor, realizando ejercicios que mejoren su coordinación, la actividad articular,

el tono muscular y postural para prevenir la osteoporosis y fracturas óseas, enseñando gimnasias que faciliten una correcta respiración.

- Promover su reintegración al núcleo familiar y social, que contribuyan al desarrollo individual, cultural y recreativo, a través de la participación e involucramiento en actividades grupales tales como: lecturas, cuentos, adivinanzas y relatos, talleres de manualidades, bailes, danza, etc.

- Ofrecer servicios asistenciales integrales.

HIPOTESIS:

La prestación de servicios de salud al adulto mayor en la Unidad Municipal de Salud Norte, permitirá mayor satisfacción de sus necesidades a través de la accesibilidad a los mismos, para una rehabilitación física, emocional, con una actitud solidaria, incluyente y mediante un tratamiento integral de este grupo social, se logre paliar la cadena de síntomas característicos en esta etapa de la vida.

- **Apoyo a la socialización e integración comunitaria:** Coordinación y articulación Intra e Interinstitucional, Intersectorial, Formación de Promotores de salud en los barrios, especialmente en los que se haya determinado la existencia de una población importante de PAM.

- **Apoyo a Persona y Familia:** Propiciando, promocionando, el auto cuidado individual, familiar y colectivo, con formación de grupos de adultos mayores dedicados al aprendizaje, trabajo para la revaloración del individuo, actividades de recreación y destrezas.

- **Apoyo a la Inclusión Social Integral e Implementación de la atención diferenciada:** para el adulto mayor de los quintiles 1 y 2 en la Unidad Municipal de Salud Norte.

- **Atención continua:** territorializando los servicios y utilizando eficientemente la red norte para la prestación de este servicio, con el objeto de evitar desplazamientos de las Personas Adultas Mayores fuera de su habitual residencia y con cobertura de horarios que faciliten sus consultas.

- **Énfasis a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad:** Cambio en el modelo de atención, revertiendo lo curativo hacia lo preventivo, sensibilizando la red de los prestadores de salud, para humanizar la prestación de servicios, mejorando el diseño de instrumentos de monitoreo y evaluación y racionalizando los recursos.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

El envejecimiento poblacional es un fenómeno preocupante de la sociedad, la esperanza de vida es de 77 años y el crecimiento demográfico apunta a un sostenido crecimiento del número de personas con 60 años o más y del número de pacientes con enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento. El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible disfrutar de lo que queda de vida con dignidad, respeto y mayor tranquilidad, con la esperanza de tener servicios de salud acordes a sus reales necesidades.

Normalmente estas personas han dejado de trabajar, o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, haciendo que junto con los problemas de salud y los de la edad, tengan consecuencias en todos los ámbitos de su vida.

Esta situación acarrea a que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un problema para sus familias y un estorbo social, lo que degenera en la desatención y el abandono. Una opción muchas veces tomada por sus familiares cercanos son los asilos que se especializan en sus cuidados, que no siempre cumplen con las características fundamentales de un hogar y que además no todos los Adultos Mayores tienen acceso.

Según las políticas nacionales en torno al adulto mayor propugnadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el año 2007, la población adulta mayor se subdivide en dos grupos programáticos que son de 65 a 74 años y de 75 o más. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud, propone otra subdivisión que es más lógica: 60 a 69 años, 70 a 79, 80 a 99 y 99 o más, de acuerdo a los riesgos y patologías prevalentes de cada subgrupo. (MSP, Ministerio de Salud Pública, 2007).

MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el acuerdo de Kiev de 1979, consideró que los individuos que viven en países desarrollados inician la etapa de adulto mayor a partir de los 65 años de edad. Para los países en vías de desarrollo, la esperanza de vida es menor, por lo que la etapa de adulto mayor se considera a partir de los 60 años de edad. (Novelo de Lòpez, 2003)

La población mundial se sextuplicó en los últimos doscientos años y se duplicó en los últimos 40 años, de manera que las proyecciones indican, que para el año 2050 se alcance los 9000 millones de personas. (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2002)

Acompañando este crecimiento de la población, también se encuentra el incremento del número de personas adultas mayores (mayores de 60 años), pues si en la actualidad existen ya 580 millones de personas de más de 60 años, las proyecciones para el 2025, es que se llegue a contar con más de 1200 millones de adultos mayores, equivalente al 14 % de la Población mundial, el 72% de los adultos mayores vivirán en los países en desarrollo, es decir, 858 millones.

La esperanza de vida se ha incrementado de forma espectacular durante el siglo XX en todos los países. Esta llamada longevidad (largo vivir) es más evidente en países como Japón, Australia, Canadá, Suecia o Italia. (Secretaría General de Asuntos Sociales de España, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2002)

En el Ecuador, según el Censo realizado en el 2001 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC, la población que el país alcanzaría de acuerdo a las proyecciones, para el 2005 era de 13'215.089 habitantes; 900.000 son personas mayores de 65 años de edad, de los cuales 200.000 pertenecen a los q1 y q2, con una proyección al 2025 del 9 % de la población nacional. De este 9%, el 46,76% son

varones y el 53,23% son mujeres. (INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2001)

En relación a la mortalidad específica, en el grupo de adultos mayores, se expone el siguiente cuadro, en el cual se evidencia que a mayor edad, hay mayor riesgo de mortalidad.

En el Distrito Metropolitano de Quito, la realidad en referencia a la población adulta mayor.

TABLA N°1

POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN DE DMDQ

ATENCIÓN SANITARIA AL ADULTO MAYOR EN EL ECUADOR

Población adulta mayor en Distrito Metropolitano de Quito
Total: 196901

Hombres	70964	45,23 %
Mujeres	85937	54,77 %
Jubilados	24546	19,00 %
No Jubilados	104646	81,00 %
Población Urbana	111714	71,20 %
Población Rural	45187	28.80 %

Fuente: (Palacio de Convenciones de la Habana Cuba, 2006)
Congreso Iberoamericano de Geriátría y Gerontología 2006

TABLA Nº 2
POBLACION ECUADOR - PROYECCIONES

PROYECCIONES POBLACION ECUADOR										
		2001	2006	2025						
	0 a 19 años	5'558.834	5'640.079	5'608.209						
	20 a 64 años	6'275.819	6'988.421	9'912.872						
	65 y mas	645.191	779770	1'592.232						
	TOTAL	12'479.844	13'408.270	17'113.313						
	Mortalidad	20-24	25-29	30-34	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	
	general									
	País									
	TOTAL	54729	1817	1705	1725	1890	2183	2474	2713	3109
	HOMBRES	31292	1303	1279	1265	1233	1397	1508	1577	1790
	MUJERES	23437	514	426	460	657	786	966	1136	1319

Fuente: (MSP, Ministerio de Salud Pública, 2007) Políticas de Atención al Adulto Mayor, 2007.

A medida que las poblaciones envejecen, se hace más evidente que la inversión en salud y envejecimiento, incluida la nutrición, tienen enormes utilidades potenciales.

Las especiales características del adulto mayor, en el que confluyen por un lado, los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico con el declinar paulatino de la funcionalidad y, por otro lado, la especial forma de presentación de estos cambios, hacen necesaria una sustancial modificación de los modelos de valoración clínica o biológica utilizados tradicionalmente sin distinción de edad (Kalache, 2000)

Sopesando los posibles efectos potenciadores de la interacción de las citadas carencias que magnificarán frecuentemente sus consecuencias, permitirá el abordaje holístico y aportará al envejecimiento saludable.

Uno de los condicionantes que de forma fundamental influye en la calidad de vida del adulto mayor es sin duda la nutrición, el estado nutricional, que de una u otra forma se ve influenciado por factores intrínsecos y extrínsecos que condicionan su adecuado mantenimiento y funcionamiento, expresado en condiciones de salud o enfermedad.

Entre los factores extrínsecos juegan un papel fundamental el acceso material y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos. Entre los factores intrínsecos es de vital importancia el estado de salud bucal, relacionado con el número de piezas dentales además del uso de prótesis dentales funcionales, pues son condicionantes de la capacidad de alimentarse adecuadamente y llegar a cumplir con un consumo alimentario ideal.

Salud como garantía de derecho (Salud de Altura, 2010), actualmente existe un consenso en fortalecer el enfoque de derechos en la política pública, como el marco general emergente que permite incorporar la noción de ciudadano, de participación y de garantías básicas en torno a temas de desarrollo social; esta nueva visión de ciudadanía considera en los distintos aspectos y momentos, es decir, tanto en el diseño y formulación de políticas, como en la gestión, evaluación y control de los programas específicos.

Involucra una perspectiva participativa de los procesos de implementación y gestión, no sólo en el discurso sino a través de canales concretos para tal efecto, lo que puede llegar a tener consecuencias específicas respecto de los incentivos, instrumentos y dinámicas institucionales en el espacio local, regional y nacional.

En el ámbito de las políticas públicas, cuando se habla de la “perspectiva de los derechos”, generalmente se emplea esa expresión para enunciar que el diseño e implementación de éstas no puede ni debe ser una concesión de la autoridad sino que ha de responder a una pretensión legítima de las personas o colectivos beneficiados.

Desde la doctrina jurídica, para hablar de derechos es preciso que exista una atribución subjetiva, eventualmente exigible ante los tribunales; así, existirá perspectiva de derechos en una política pública si, frente a una omisión o a la prestación insuficiente, tardía o de mala calidad del servicio respectivo, los particulares están dotados de “acción” para provocar la actividad jurisdiccional de los tribunales; de manera que el enfoque de derechos implica que si un derecho no es exigible frente a los tribunales o una instancia administrativa pierde connotación como tal y será, a lo sumo, una pretensión o expectativa de un sujeto en armonía con la visión ética de la comunidad a la cual pertenece; esta exigibilidad deviene de un razonamiento ético, cuyos mínimos no pueden quedar al libre arbitrio de sus miembros.

Mediante la aseveración de que “*toda persona tiene derecho a la salud*”, es necesario precisar los contenidos exigibles para que sea un derecho efectivo y no meramente declarativo; la perspectiva de derechos es una “política anti-cíclica”, es decir, permite que los aspectos centrales de la política estén regulados de manera permanente y, por lo tanto, reducen la discrecionalidad de quien la implementa. (Causas que obstaculizan el ejercicio de derechos: pobreza, inequidad, inaccesibilidad)

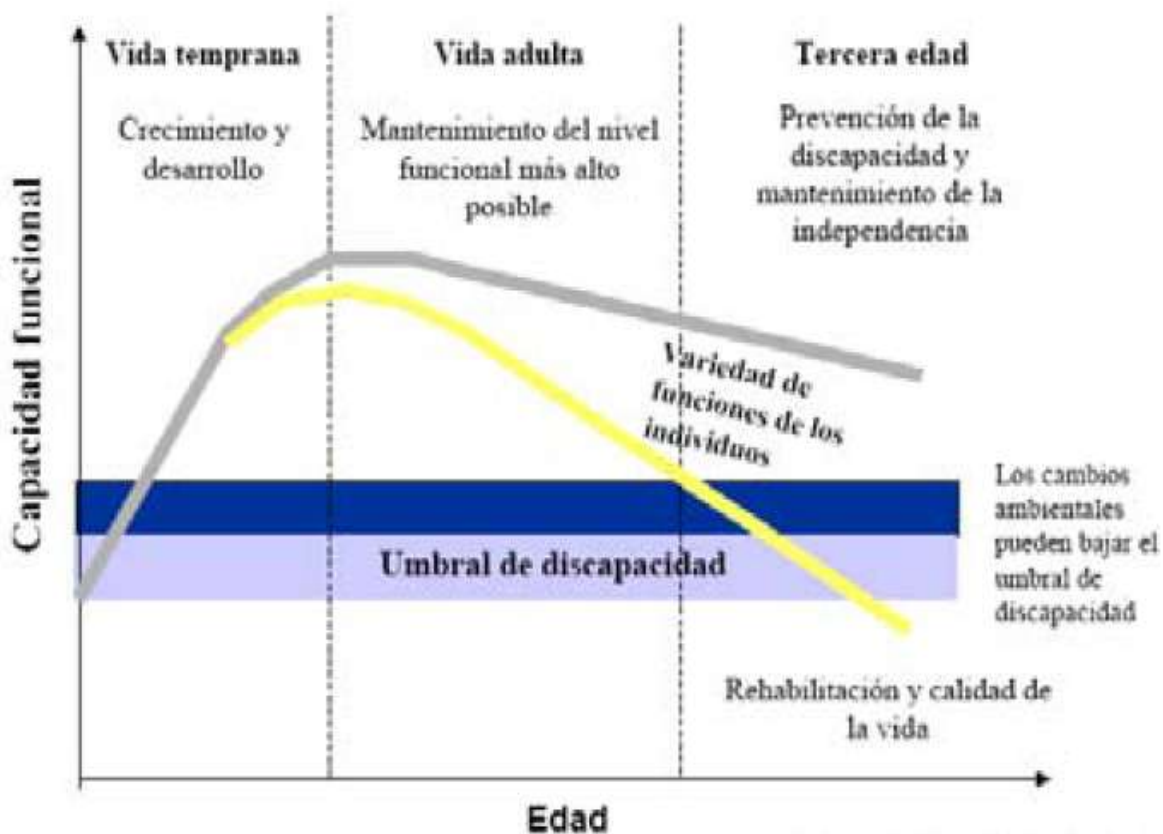
El enfoque del ciclo vital permite examinar las consecuencias de salud a largo plazo de las experiencias biológicas y sociales vividas durante la primera parte de la edad adulta y la madurez y considerar si esos factores simplemente conllevan riesgos adicionales o interactúan con factores biológicos y sociales de fases más tempranas, atenuando o exacerbando riesgos de salud a largo plazo; existen implicaciones en la utilización del enfoque de ciclo vital tanto para el análisis como para la intervención de los problemas de salud y sus determinantes en todas las edades y fases de la vida, reconociendo el contexto intergeneracional en el cual viven los individuos.

El enfoque ofrece la oportunidad de concentrar la atención en la salud, además de en los procesos de enfermedad específicos; con respecto a las enfermedades hace hincapié en la promoción de la salud, la prevención y la curación de las enfermedades y

la gestión de la enfermedad a lo largo de toda la vida, así como en las intervenciones primarias, además de los tratamientos curativos o paliativos.

TABLA N° 3

ENVEJECIMIENTO EN LA SOCIEDAD ACTUAL, Perspectiva de APS



Fuente: OMS/HPS, Ginebra 2000.

El envejecimiento (MSP, Ministerio de Salu Pública, 2010) es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 25 a 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas y degenerativas, más la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas precarias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia.

El envejecimiento es un proceso universal, progresivo, asincrónico e individual. Universal porque afecta a todos los seres vivos. Progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable. Asincrónico porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad. Individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo.

En este contexto la funcionalidad es el principal indicador del estado de salud de las personas adultas mayores, que llegan a un envejecimiento activo.

Al promover servicios de salud integrales y ante el envejecimiento de las poblaciones, se hace imprescindible analizar la disponibilidad de sistemas de apoyo apropiados para la tercera edad; por lo que, ***antes de iniciar un programa de atención o rehabilitación geriátrica es necesario valorar un conjunto de factores entre los cuales está la capacidad de autorrealización de actividades de integración social***, que finalmente afectarán favorable o desfavorablemente la recuperación integral del paciente y su calidad de vida; así se torna pertinente considerar la influencia en la rehabilitación geriátrica y el conocimiento de dependencia.

En este contexto, la Unidad Municipal de Salud Norte del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, de Quito, oferta un espacio diurno que promueve la utilización adecuada del tiempo libre de las personas adultas mayores en actividades educativas, culturales y recreativas que estimulan la integración social y familiar, el auto cuidado de la salud y la autoestima. (Pinzón, 2001)

Mediante la decisión política del Gobierno, el MSP ha implementado el programa para el Adulto Mayor, frente a esta situación el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, a través de la Secretaría de Salud también implementó el programa: “60 y PiQuito: sanos y saludables”.

Calidad: Dar una definición de "calidad" no es fácil, dada la perspectiva multidimensional que este concepto tiene. En medicina, como en otras áreas del conocimiento, el término se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento. (García, 1999)

Sin embargo, aun dentro de este particular ámbito del concepto, no existe una sola definición para la calidad. En este contexto, la definición más acertada para mi punto de vista, es la dada por el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de Norteamérica y que se refirió a la calidad como el “el grado por el cual los Servicios de Salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual”.

La calidad, sin embargo, bajo una perspectiva de la mejora continua, debe velar porque ambas partes, prestador y usuario, trabajen activamente y en conjunto para la obtención de la misma.

El desarrollo de sistemas de calidad total es uno de los factores que más puede contribuir a optimizar los servicios integrales que se les proporciona a las personas adultas mayores PAM, que al ser puesta como una cultura de atención podremos tener altos resultados medibles.

Usuario Externo: Es la/el adulto mayor que utiliza los servicios de salud en la Unidad Municipal de Salud Norte.

Satisfacción del Usuario/a: se encuentra fuertemente asociada a las condiciones del trato cortés, amable, calidez y no requiere cambios sofisticados, solo cambios discretos y sencillos que están en manos de los médicos y del personal y se encuentra íntimamente vinculada con la calidad del servicio recibido.

La comunicación tanto en sus aspectos verbales y no verbales, afectan claramente a los usuarios, y previsiblemente a la adherencia de éstos a las recomendaciones y prescripciones de salud y por tanto que se debería fomentar la capacitación de los médicos en Habilidades de Comunicación.

CAPITULO II

ANALISIS SITUACIONAL

1. CONTEXTO GENERAL

La población del Distrito Metropolitano de Quito es de aproximadamente 2.000.000 (INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011) de habitantes, está conformado por 65 parroquias metropolitanas centrales y suburbanas.

Tres de cada cuatro personas habitan zonas urbanas del Distrito Metropolitano. El 51,5% son mujeres. La población de Quito es relativamente joven, puesto que cerca del 58% tiene menos de 29 años, las mujeres jóvenes constituyen el 50,46%. La población de Quito también se caracteriza por su diversidad étnica, el 80.1% de la población se autodefine como mestiza, el 12.7% como blanca, el 3.3% se considera indígena, el 1.8% se considera mulata, el 1.2% afro ecuatoriana, y el 0.2% pertenece a otras etnias.

En muchos sectores del Distrito aún están exentos de los servicios básicos, servicios de salud y otros. Situación que provoca una problemática social en todo su contexto, en el mismo que los más afectados son los grupos más vulnerables de la población, como son los niños, los/as adolescentes, los adultos mayores, los discapacitados, etc.

Para el país, de acuerdo al censo del INEC del 2001, la población fue de 12'156.608 personas y para la Provincia de Pichincha de 2'388.817 personas, que corresponden al 19.7% del total del país. De este total, para la Provincia de Pichincha el 6% correspondieron a las personas de 65 y más años de edad. (INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2001)

Según proyecciones de la población de acuerdo al censo del año 2001, para el año 2005, la población de adultos de 40 a 64 años se estimó en 2'671.063 habitantes y de adultos mayores de 65 y más años de 752.154, mientras que para el año 2010 la población de 40 a 64 años fue de 3'120.223 y de los adultos mayores de 65 y más años de 896.407; proyecciones que denotan un potencial incremento de las personas de la tercera edad.

Según la Encuesta de Condiciones de Vida quinta ronda 2005-2006 en el Ecuador, se evidencia que a nivel nacional el número de personas afectadas por la extrema pobreza o indigencia, expresada como porcentaje del total de la población, es del orden de 10% entre noviembre de 2005 y julio de 2006 mientras los pobres en el Ecuador, ascienden al 39%; es decir, aproximadamente 4 de cada 10 personas viven en condiciones de pobreza y dentro de las cuales 1 persona vive en extrema pobreza. (INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2005)

(INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2006)

Al momento en la UMSN se implementó un servicio de atención diferenciado y preferencial para las personas de la tercera edad.

Se estima que la población en el Distrito es de aproximadamente 112.000 adultos/as mayores (Secretaría de Salud 2010), que pueden ser fácilmente atendidos a través del fondo Quito Solidario canalizado con la Red Municipal de Salud” (Orbe, 2010).

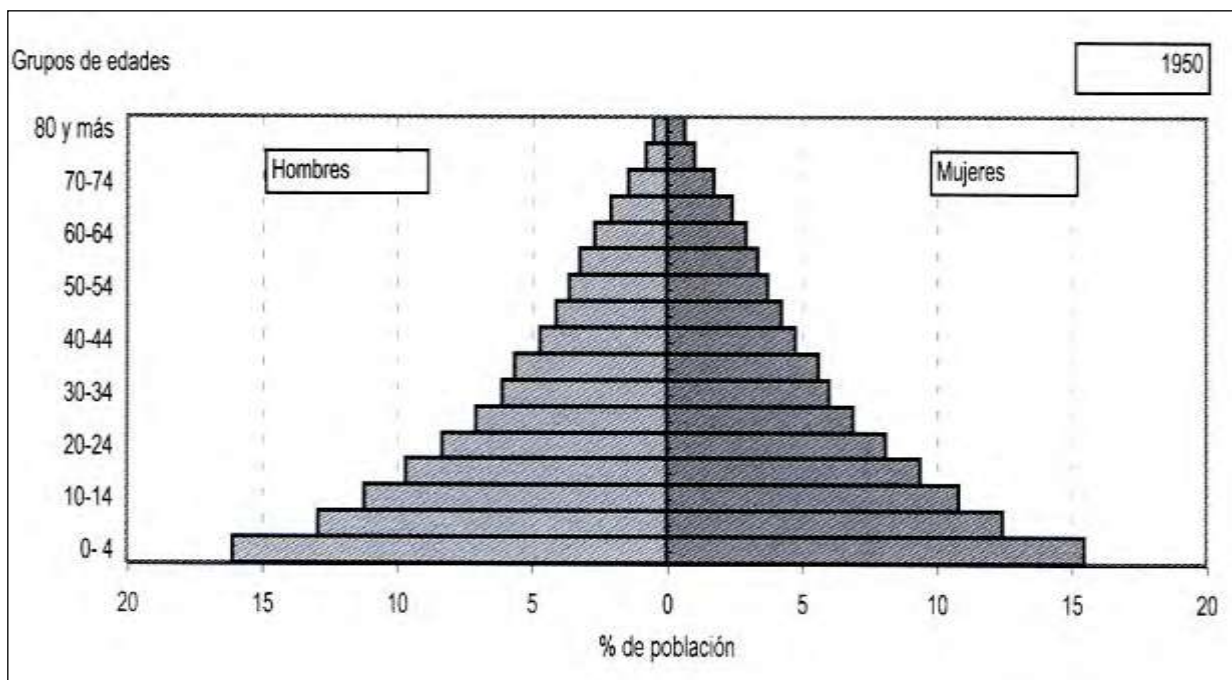
1.1. PROYECCIONES POBLACIONALES

En Ecuador, las proyecciones poblacionales indican que la tendencia demográfica está en proceso. La comparación entre las pirámides poblacionales, construidas con base en datos del INEC y procesadas por CEPAL / CELADE, así lo señalan.

Para 1950, la silueta de la pirámide se veía así:

GRAFICO Nº 1

PIRAMIDE DE PROYECCIONES POBLACIONALES.

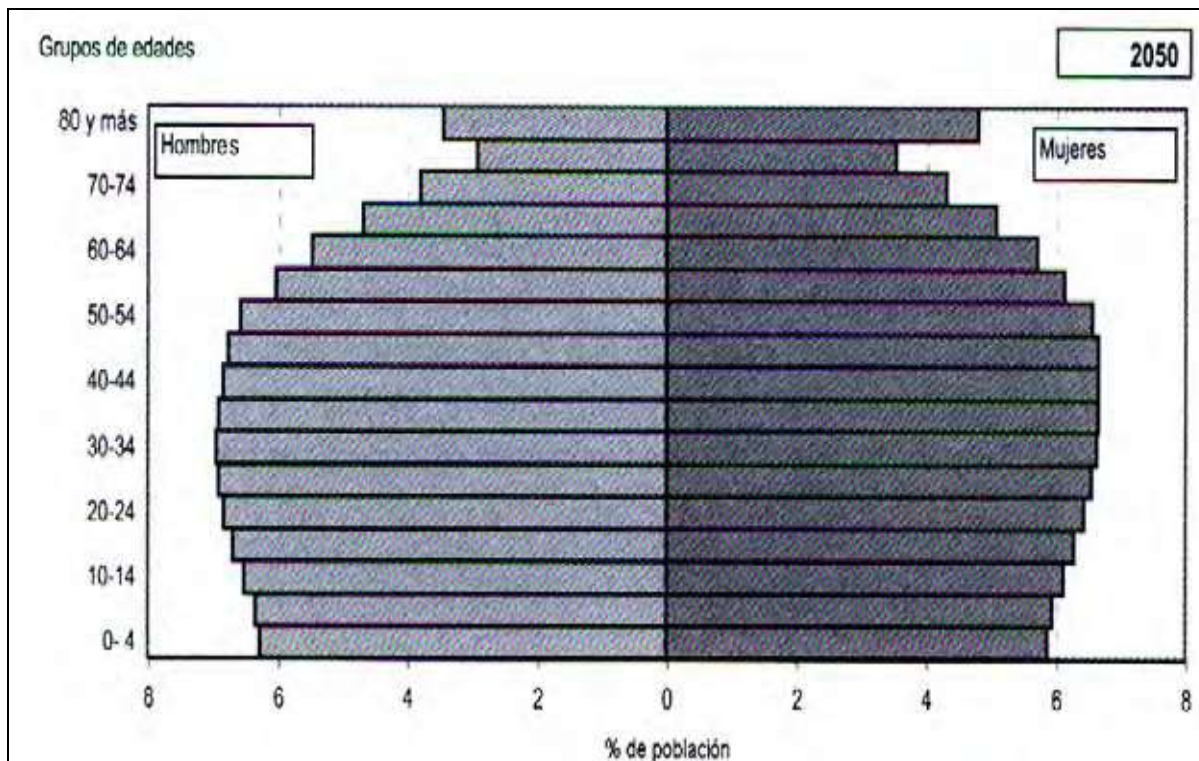


Para el año 2001 la pirámide poblacional demostraba que el crecimiento poblacional mayoritario se encontraba en la población de niños, adolescentes y jóvenes

Los cambios graduales en la conformación demográfica, tienden a transformar la silueta de la pirámide poblacional. Se está transitando, desde una pirámide en cuyo delgado vértice estaba la población adulta mayor y en la ancha base la población menor de cinco años, con un tránsito gradual entre los dos extremos; hacia una pirámide poblacional que tiende a la igualdad de proporciones entre los diferentes segmentos poblacionales, formando una silueta que tiende a ser rectangular y no piramidal. Se prevé, además que si esta tendencia se mantiene, el proceso puede dar lugar a una pirámide invertida: la ancha base estará constituida por la proporción correspondiente a población adulta mayor, mientras que el delgado vértice expresará la escasa contribución de las poblaciones con menos años de vida. Para el año 2050, de acuerdo a las proyecciones, la pirámide tendrá la forma siguiente.

GRAFICO Nº 2

PIRAMIDE DE PROYECCIONES POBLACIONALES.



De acuerdo, con la encuesta SABE, implementada por primera vez en Ecuador este año, además de tal proceso de envejecimiento poblacional, es importante recordar que la feminización del proceso de envejecimiento es importante. Esto se traduce en que más del 53% de las PAM son mujeres.

De acuerdo con los resultados de esta encuesta SABE, más del 50% de las PAM que habitan en el DMQ estarían en muy buenas condiciones o en buenas condiciones; no obstante un poco más del 37% está en condiciones regulares.

La población de 40 - 44 años, según el censo del 2001 es de 680.408, y de adultos mayores de 65 años y más es de 645.191 para atención en salud, descontando jubilados por vejez, invalidez y reciben una pensión del IESS.

A nivel país, para el año 2010 se estima que la población de 40-64 años será de 3'120.223 y los adultos mayores de 65 años y más, llegarán a 896.407.

Estas reflexiones sirven para ilustrar que si bien la problemática de exclusión sigue siendo importante en el país y, específicamente, en el DMQ, la gran mayoría de grupos poblacionales vienen siendo histórica y sistemáticamente abordados. Las Personas Adultas Mayores PAM y las PSD siguen siendo la excepción, entonces, con base en esta reflexión, al interior del MDMQ se ha llegado a la conclusión que entre los grupos de atención prioritaria preocupa fundamentalmente la situación de las Personal Adultas Mayores PAM y de las PSD, quienes tienen serias dificultades de acceso a servicios de salud, tanto por sus propias condiciones como por la frecuencia que requieren de éstos, especialmente en lo relacionado a consumo de fármacos, rehabilitación, atención básica y cuidados esenciales.

2. MARCO LEGAL:

La Constitución Política de la República del Ecuador, plantea la protección a las personas en estado de vulnerabilidad.

2.1. Capítulo III, Derechos de la personas y grupos de atención prioritaria; Sección primera: Adultas y adultos mayores

Art. 35- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Art. 36- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que haya cumplido o superen los 65 años de edad.

Art. 37- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas...

Art. 38- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de la persona, pueblos y las nacionalidades; así mismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de éstas políticas. En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención de centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos...
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social...
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

2.2. RESEÑA HISTORICA DEL DMDQ Y CONTEXTO INSTITUCIONAL Y DE LA POBLACION UMSN

La misión de salud se inicia en el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito con el primer Alcalde y Concejales elegidos en 1946 y llega a concretarse el 24 de junio de 1949, con la instalación de un dormitorio que brinde hospedaje temporal a indígenas e indigentes.

En abril de 1979, mediante Ordenanza N^a 179, se determina que el “Patronato Amparo Social San José”, su Consejo Directivo estará presidido por la alcaldesa y su finalidad: la prestación de servicios médicos y sociales a las clases más necesitadas, para ello el Patronato “San José” contó con tres centros hospitalarios Norte, Centro y Sur.

El 1 de marzo del año 2000, mediante la Resolución N^o 024, se crea la Dirección General de Salud, encargada de ejecutar la Política Sectorial de Salud; en diciembre del mismo año cambia su denominación por Dirección Metropolitana de Salud. En julio del 2002, mediante Resolución N^o 48, se designa como entidades administrativas-financieras autónomas a los Patronatos Municipales Norte, Centro y Sur. En enero del 2003, según Resolución N^o 004, se establece la nueva estructura de las Unidades de Salud, y se cambia la denominación de Patronatos y toman el nombre de **“Unidades Municipales de Salud: Centro, Norte y Sur.”** (Secretaría de Salud, 2007)

De acuerdo a la Resolución A 0108, del 12 de diciembre del 2007, se establece el orgánico estructural para el MDMQ, y mediante Resolución No. C0076, del 12 de diciembre del 2007, se establece las competencias y responsabilidades que constan en el Reglamento Interno. El 14 de septiembre del 2009, el Dr. Augusto Barrera, Alcalde del Distrito Metropolitano de Quito, dispone la gratuidad en las Unidades Municipales de Salud. El 29 de septiembre de 2009, mediante Resolución A-006 la Dirección Metropolitana de Salud cambia su nombre y asume las funciones, atribuciones y representaciones como Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud tiene como objetivo trabajar por la construcción de un distrito saludable, articulando las políticas nacionales a la intervención del gobierno local, fomentando la participación social y las alianzas estratégicas para alcanzar la universalidad y la equidad en el acceso a servicios integrales de salud y a programas de promoción de salud y prevención de principales enfermedades y problemas de salud pública, así como garantizar calidad y buen trato a los-las usuarios-as del Subsistema Municipal de salud. (Distrito Metropolitano de Quito, 2011)

Esta decisión por parte del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito (MDMQ) fue dispuesta con el propósito de realizar un programa que garantice de manera progresiva y creciente el disfrute pleno de derechos humanos (DDHH) de las personas adultas mayores (PAM) y de las personas en situación de discapacidad (PSD) que habitan en el territorio del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ).

Una de las justificaciones para esta decisión fue la histórica exclusión de las PAM y de las PSD, en servicios de salud.

Estas reflexiones sirven para ilustrar que si bien la problemática de exclusión sigue siendo importante en el país y, específicamente, en el DMQ, la gran mayoría de grupos poblacionales vienen siendo histórica y sistemáticamente abordados. Las PAM y las PSD siguen siendo la excepción.

Entonces, con base en esta reflexión, al interior del MDMQ se ha llegado a la conclusión que entre los grupos de atención prioritaria preocupa fundamentalmente la situación de las PAM y de las PSD, quienes tienen serias dificultades de acceso a servicios de salud, tanto por sus propias condiciones como por la frecuencia que requieren de éstos, especialmente en lo relacionado a consumo de fármacos, rehabilitación, atención básica y cuidados esenciales.

El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, respetando la Constitución del 2008, a partir del 14 de septiembre del 2009, declara la gratuidad de la atención de salud, en las Unidades Municipales de Salud, para el efecto se asumen los programas establecidos por el órgano Rector que es el Ministerio de Salud Pública.

Frente a las necesidades básicas de los adultos mayores de: alimentación, vivienda, salud y un entorno saludable; a fin de lograr un envejecimiento productivo, saludable y activo, la población Adulta Mayor del país, que no participa en la seguridad social o en otros sistemas de aseguramiento como la Policía o Fuerzas Armadas, no tiene el soporte estatal ni comunitario, excepto el transcultural para tener acciones de supervivencia y quienes sufren en un detrimento socioeconómico probablemente terminen su vida antes de lo esperado con muy mala calidad de vida en sus postrimerías y con alto costo para la familia y quienes administran salud; por lo que con la definición de las políticas sanitarias, que nos permitirán diseñar directrices para el manejo del Adulto Mayor desde el punto de vista salubrista, pues a más de brindar servicio médico y atención comunitaria estaremos ahorrando muchos recursos tanto humanos como financieros a las estructuras de salud del país.

En la actualidad el acceso a los Servicios de Salud por parte del Adulto Mayor, han sido cambiadas asegurando de esta manera que el adulto mayor pueda gozar de los servicios de salud básicos, a través de:

- Acceso físico, por distancia, discapacidad y por horarios de atención.
- Gratuidad: debido a la restricción económica para poder pagar una consulta, escaso capital para poder adquirir medicación específica que se ve más grave en casos de comorbilidad, asociado al tiempo por el que tienen que consumir medicamentos (indefinidamente), no hay capital que resista y el comportamiento municipal debe ser coherente con las políticas Nacionales y Distritales.
- Seguridad (atención integral), por los tratamientos que no siempre son eficaces o curativos por que la visión actual de Atención al Adulto Mayor no es de tipo

integral sino curativo, paliativo, según su sintomatología, lo que genera polifarmacia, maltrato, diagnósticos superficiales, omisión del área cognoscitiva, destrezas y habilidades para el área de auto cuidado.

- Implementación de la atención diferenciada: la atención diferenciada al adulto mayor en la Unidad Municipal de Salud Norte, debe ser una realidad y compromete la articulación Intra e Interinstitucional e intersectorial, así como la participación activa de los grupos familiares y la comunidad, a fin de que en ninguna zona se produzca la exclusión de este grupo poblacional; ésta alternativa tiene mucho que ver con la seguridad.
- Las PAM deben tener conocimiento de las etapas del envejecimiento con la premisa de que los cambios más ostensibles del envejecimiento en los seres humanos empiezan alrededor de los 40 años.
- Atención continúa: la atención diferenciada requiere que sea continua coordinada, aproximándose a la comunidad, funcionando en red, estableciendo un sistema original de referencia y contra referencia, que involucre el respaldo e integre a la familia y a su contexto comunitario.
- El presupuesto de la UMSN para el año 2011 es de \$4.511639.46, de los cuales los gastos de capital y operativos es del 11.8% y el gasto de personal e del 38.18% (corriente).

Figura N° 1

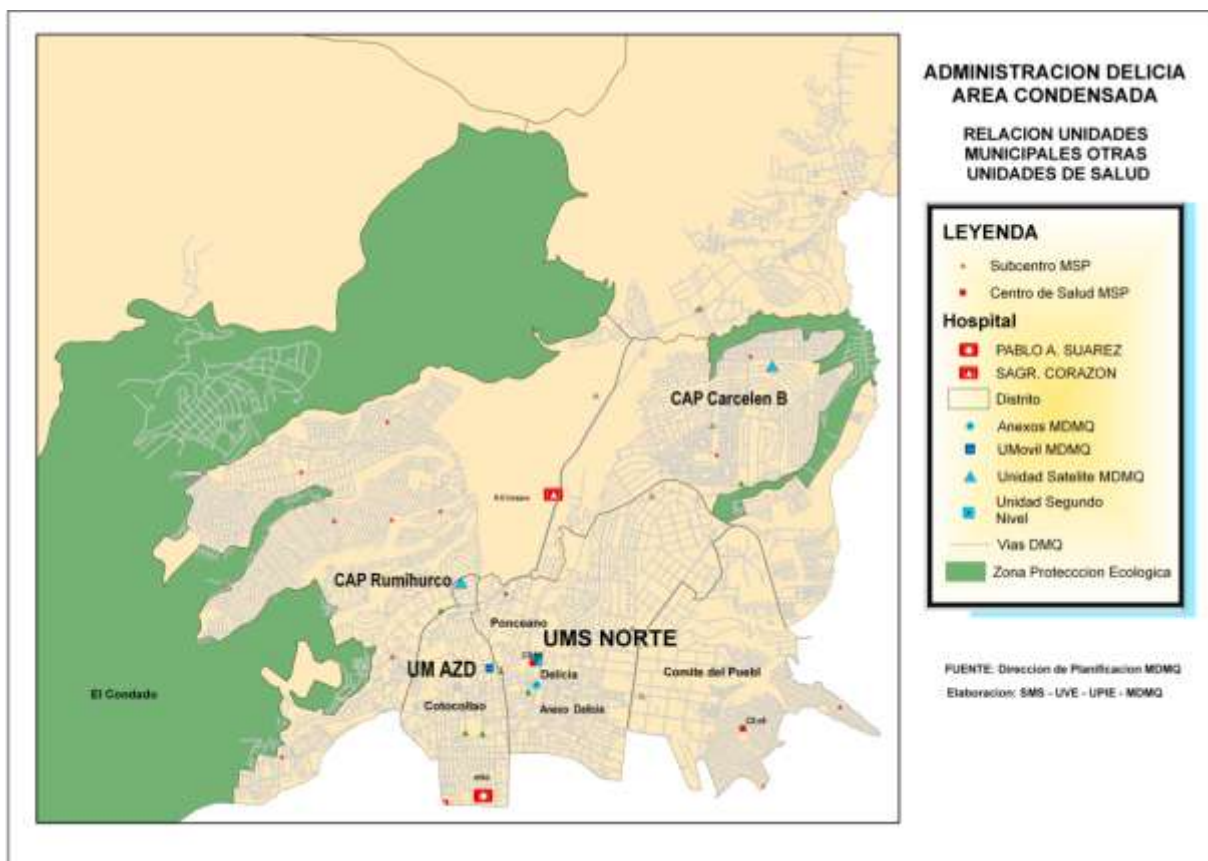


UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD NORTE

La Unidad Municipal de Salud Norte, se encuentra ubicada en la parroquia de Cotocollao, junto al mercado de La Ofelia, es un edificio acondicionado a las necesidades de hospital, en el que se han instalado salas de espera, consultorios, quirófanos, laboratorios y la participación de 21 especialidades médicas con el trabajo de 49 médicos especialistas, 1 psicólogo clínico, 3 odontólogos, 18 enfermeras, 11 tecnólogos médicos y 10 auxiliares de enfermería, a más del personal administrativo, de mantenimiento y choferes que requiere un hospital de este tipo, con un total de 139 servidores municipales .

Mapa N° 1

Ubicación



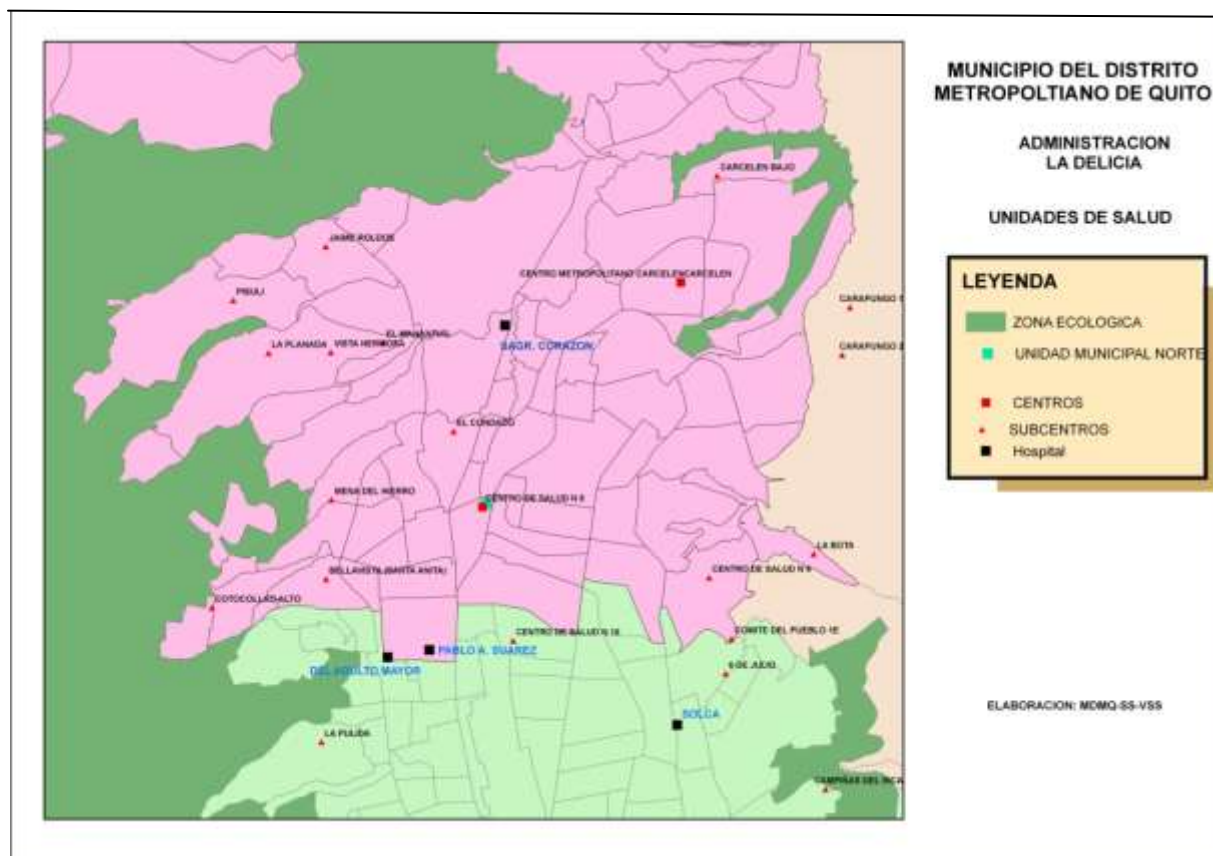
Como política de su administración, el procedimiento de trabajo utilizado genera agilidad en el flujo de atención y a corto plazo dentro del proceso de modernización de

la institución, cambiará su imagen actual, ya que aumentará su funcionalidad y la comodidad para sus usuarios/as y renovará la calidad de atención.

Es un centro de segundo nivel de atención de especialidades médicas, cuenta con cuatro quirófanos, sala de hospitalización con 10 camas, área de rehabilitación, Consulta Externa, 2 Laboratorios: clínico y de emergencias, Área de Imagenología (Ecografía y Rx.).

Mapa N°2

Red Norte de Servicios de Salud



Bajo su administración se encuentran subordinados tres Centros de Atención Primaria en Salud, CAPS (Rumiurco, Carcelén y Calderón).

Es una de las tres Unidades Municipales de Salud que son prestadoras de servicios de salud, adherida al proceso de integración, como parte de un proyecto global en el que la atención se complementa con los recursos de otras instituciones como las del Ministerio de Salud Pública y con la relevante participación de la comunidad. Para el programa de Personas Adultas Mayores, se ha acondicionado un área para recreación y fisioterapia, que aún requiere de mejoramiento en su infraestructura y equipamiento. La Unidad Municipal de Salud Norte tiene una función desconcentrada, y administrativa y financieramente es autónoma, lo que le permite realizar un ejercicio financiero más ágil.

2.2.1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

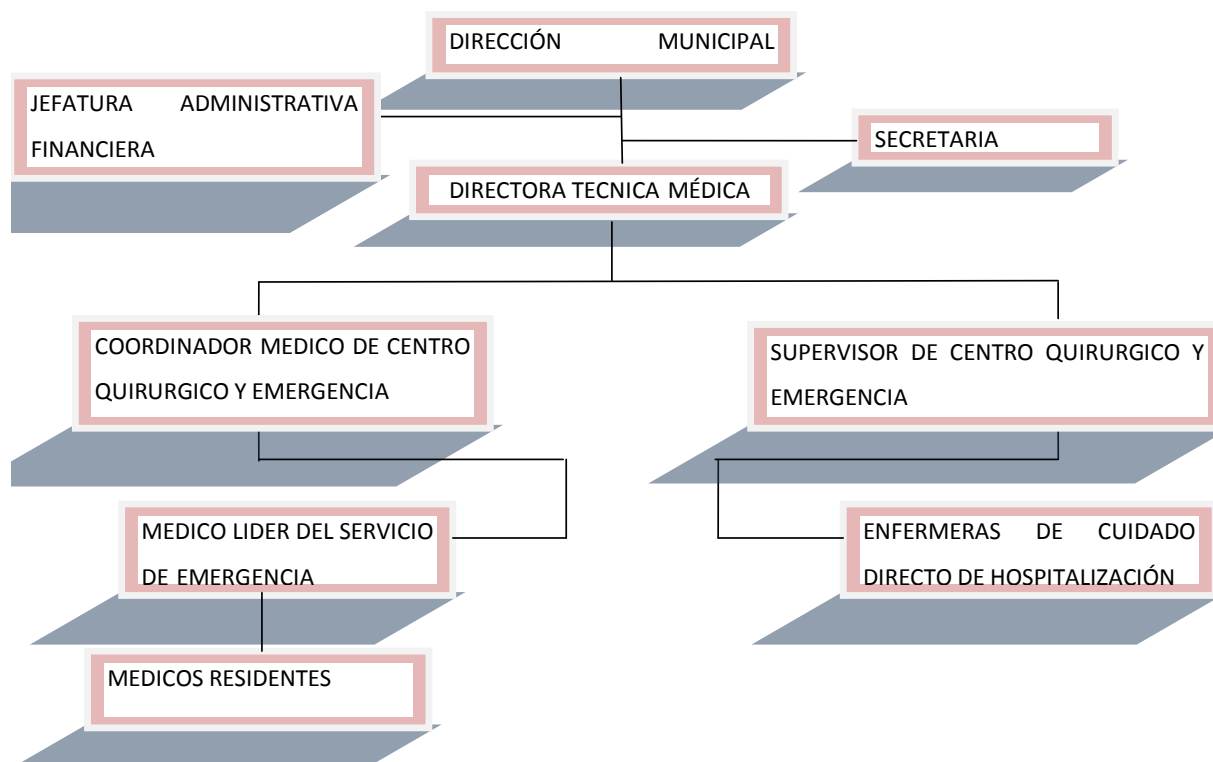
2.2.1.1. Misión

Servir sin fines de lucro, a la comunidad que necesita servicios de salud integral y quirúrgica emergente y urgente con tecnología de punta, con profesionales altamente calificados.

2.2.1.2. Visión

Ser un referente en la prestación de servicios de salud con calidad y calidez en el tratamiento integral del paciente que necesita servicios de salud emergente y urgente con instalaciones físicas que permitan brindar servicios de varias especialidades en atención con administradores y profesionales altamente capacitados que se identifican por su entrega personal y compromiso social.

2.2.1.3 Organigrama Estructural



2.3. Estructura física

Proporcionamos servicios en:

1. Área de Admisión
2. Sala de Espera
3. Área de Clasificación
4. Consultas Médicas-Odontológicas
5. Área de Observación
6. Área de Tratamientos Cortos y Unidades de Corta Estancia
7. Área de pruebas Complementarias: engloba tanto a Laboratorio de Urgencias como Sala de Radiodiagnóstico y Ecografía.
8. Quirófanos de Urgencias.

9. Áreas no asistenciales: aseo de pacientes y personal sanitario, sala de estar/descanso del personal sanitario, farmacia y bodega, etc.
10. Auditorio poli funcional(recreación)
11. Patio posterior multiuso (aeróbicos y ejercicios)

Todas estas áreas tienen un flujo o circuito asistencial debidamente preestablecido, de forma que la atención urgente se preste de la forma adecuada y en el lugar más idóneo.

Para las personas adultas mayores es esencial que todas las áreas a las que tienen acceso, se encuentren con la correspondiente señalética, por esta razón se vuelve primordial que se incluyan flujogramas donde se especifiquen, qué actividades se realizan en cada una de estas áreas, dónde empiezan y dónde acaban y con qué otras actividades se relacionan.

La continuidad de los servicios incide directamente en la percepción y dimensión de la calidad del servicio que se presta, por lo que se requiere que el programa sea lo suficientemente integrador para que sea sostenible en el tiempo y todos los niveles asistenciales intervengan en el proceso.

2.3.1. Recursos humanos

La planificación y gestión de los recursos materiales implica la participación de todos los profesionales del área de salud que tienen a cargo a los adultos mayores. Compromete tanto a los profesionales de la salud, como a los operativos, administrativos y presupuestarios, fomenten una coordinación para optimizar el presupuesto institucional en cuanto a su ejecución para lograr los objetivos previstos, es decir adultos mayores con calidad de vida e integrados socialmente.

La aplicación de estrategias coherentes e inclusivas ofrece un estilo de dirección que prioriza el factor humano, en el que cada persona aporta sus mejores cualidades personales y profesionales a la organización, de ahí que las evaluaciones periódicas del desempeño, son una herramienta valiosa para corregir debilidades y mejorar el trabajo, mismo que va interrelacionado con la atención que se brinda a las PAM.

2.4. OFERTA DE SERVICIOS EN LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD NORTE:

Como medida preventiva y una de las ofertas de servicio a las PAM es la actividad física, que tiene un valor importante en el individuo y en la prevención de algunos trastornos funcionales y orgánicos.

Basta mencionar el papel que el ejercicio físico dosificado tiene para mejorar el estado de salud en cualquier ser humano que haya padecido alguna enfermedad. El movimiento que es, junto con las percepciones, la primera forma de interrelación que pone al hombre en contacto con el mundo que lo rodea, proporcionándole una personalidad equilibrada y solidaria.

El adulto mayor injustamente ha sido poco valorado, relegado, pensando que ya cumplieron su vida útil. En la sociedad contemporánea se ha producido un aumento en los años de vida, por lo que el número de personas adultas mayores va en aumento, esto ha producido una transformación en su estilo de vida, cambios que han determinado daños funcionales corporales que generan limitaciones y en las grandes ciudades la variedad de problemas ocasionados por la falta de acceso a servicios de salud especialmente en el área de rehabilitación, producen un deterioro en sus condiciones de vida y salud.

2.4.1. GRUPOS DE APOYO:

Siendo las PAM un grupo específico para la propuesta del programa es importante la participación de las siguientes áreas:

Enfermería: grupo básico que permite brindar el acercamiento al servicio y constituye el anfitrión del programa, lo que determina la primera imagen del servicio y también es de apoyo para la pre consulta principalmente para la preparación de la PAM y toma de signos vitales y post consulta para el reforzamiento de las indicaciones entregadas por el facultativo.

Emergencia: área vital para las PAM que presentan crisis de enfermedades crónicas que ponen en riesgo su vida, constituye el área de estabilización y control de cualquier crisis, hasta ser remitido en condiciones que permitan su recuperación.

Consulta externa: es el espacio de evaluación de los médicos tratantes en sus diferentes especialidades, se solicitará su colaboración con la atención de las PAM en los casos que ameriten y de encontrar riesgo de enfermedad, serán referidos a áreas de mayor complejidad.

Psicología: Área que apoya a través de charlas motivacionales de forma periódica a las PAM y en casos necesarios, se realizan consultas diferenciadas que dependen del problema y de la persona.

Promoción de salud: Constituye la estrategia de mantener un vínculo de organización e información del programa de la Unidad de salud con las PAM.

Área responsable de la ejecución: Coordinación del Programa

- *La obligatoriedad* de la puesta en marcha del programa PAM:
- *Conocimiento de las etapas* del envejecimiento con la premisa de que los cambios más ostensibles del envejecimiento en los seres humanos empiezan alrededor de los 40 años.

- *Accesibilidad y generación* de puntos o espacios: Los adultos mayores tendrán la posibilidad de acceder a los servicios, los mismos que estarán cerca de ellos. No serán excluidos de los beneficios y derechos que les corresponde. de atención preferente y diferenciada para el adulto mayor en UMSN.
- *Coordinación y articulación* Intra e Interinstitucional, Intersectorial: Trabajo articulado conjunto, con optimización de recursos y esfuerzos, mayor cobertura, objetivo común corresponsabilidad. generación de redes.
- *Gratuidad*: Todos tienen derecho a la salud, a recibir atención con calidez y calidad y deberá existir una adecuada planificación conjunta, así como promoción y educación constante a la comunidad, se puede dar una extensión de los servicios.
- *Conformación de grupos de salud* capacitados para atención diferenciada a adultos mayores (multidisciplinarios) con atención de calidad, acorde a sus necesidades.
- *Formación de Promotores en los barrios*: quienes serán los encargados de dar continuidad del Programa, con monitoreo constante para que éste sea sostenible.
- El programa de actividad física mantiene un manual de procedimientos que deberá ser cumplido de manera oficial, constituyéndose en una norma, ya que existen actividades que por su importancia, tiempo y frecuencia, no deben ser olvidada, como por ejemplo:
 - El programa de actividad física debe tener una frecuencia de 3 veces por semana y una duración de un mes.
 - Para un mejor control y cuidado del adulto mayor no se debe sobrepasar más de 20 a 25 alumnos por clase.
 - Una actividad a realizarse es la psicoestimulación, a través de la cual pretendemos motivar y estimular al usuario adulto mayor mediante actividades o talleres en los que trabajamos los sentidos de forma lúdica y

agradable (podemos trabajar todos los sentidos como pintura de manos, musicoterapia, karaoke, y computación, gimnasia suave.

- Realizar 2 actividades recreacionales fuera de la institución al año entretenido y saludable que conjugan la naturaleza y la paz.
- Realizar lecturas (cuentos, adivinanzas y relatos)

Reglamento: es el instrumento con el cual permite organizar las actividades que se deben realizar cada vez que se trabaja con los grupos.

- El proyecto tiene una hoja de inscripción con el compromiso de los participantes de acatar las indicaciones que se darán por medio de la coordinación.
- Una hoja de asistencia en cuyo registro se tendrán las asistencias de cada participante y si el mismo ha faltado cuatro clases seguidas o asiste irregularmente se le suspenderá por el mes. Sin embargo mantendrá su cupo para el mes siguiente. Y si no asistiere al segundo mes se lo sacará del listado para dar la posibilidad del ingreso a un nuevo participante.
- La finalidad de esta medida es concientizar a todos los participantes de la continuidad del programa es para su beneficio tanto físico como personal.

El programa requiere de los siguientes recursos humanos y materiales para su ejecución y mantenimiento:

TABLA N° 4

REQUERIMIENTOS DE RECURSOS EN LA UMSN

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES PARA EL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD NORTE DEL DISTRITO METROPOLITANO QUITO.			
TIPO	DENOMINACIÓN	CANTIDAD	Unidad de medida
Estruct. Recurso Humano	Contabilidad	1	Persona
Estruct. Recurso Humano	Financiero	1	Persona
Estruct. Recurso Humano	Dpto. Enfermería	2	Persona
Estruct. Recurso Humano	Promoción de la Salud	1	Persona
Estruct. Recurso Humano	Tesorería	1	Persona
Estruct. Recurso Humano	Vigilancia	2	Persona
Estruct. Recurso Humano	Limpieza	2	Persona
Interm. Recurso Humano	Admisión y Archivo de H. C.	1	Persona
Interm. Recurso Humano	Servicio Social	1	Persona
Interm. Recurso Humano	Servicios Generales	1	Persona
FINAL Cons. Ext. Recurso Humano	Geriatría	3	Persona
FINAL Cons. Ext. Recurso Humano	Psicología	1	Persona
FINAL Cons. Ext. Recurso Humano	Nutrición	1	Persona
MOBILIARIO			
Consulta Geriátrica	Escritorio	3	unidad
Consulta Geriátrica	Silla	7	unidad
Consulta Geriátrica	Mesa	3	unidad
Consulta Geriátrica	Chase Long	3	unidad
Consulta Geriátrica	Archivador	3	unidad

Consulta Geriátrica	Gradilla	3	unidad
Consulta Geriátrica	Basurero	6	unidad
Consulta Nutrición	Escritorio	1	unidad
Consulta Nutrición	Silla	3	unidad
Consulta Nutrición	Mesa	1	unidad
Consulta Nutrición	Archivador	1	unidad
Consulta Nutrición	Basurero	1	unidad
Consulta Psicología	Escritorio	1	unidad
Consulta Psicología	Basurero	1	unidad
Consulta Psicología	Silla	3	unidad
Consulta Psicología	Mesa	1	unidad
Consulta Psicología	Archivador	1	unidad
Preparación	Escritorio	1	unidad
Preparación	Silla	4	unidad
Preparación	Balanza con tallímetro	1	unidad
Preparación	Basurero	2	unidad
Sala de espera	Basurero	2	unidad
Sala de espera	Reloj	1	unidad
Sala de espera	Silla tripersonal	6	unidad
Área Administrativa	Escritorio	5	unidad
Área Administrativa	Basurero	5	unidad
Área Administrativa	Silla	15	unidad
Área Administrativa	Mesa	1	unidad
Área Administrativa	Archivador	5	unidad
Auditorio (fisioterapia)	Cámara filmadora		
Auditorio (fisioterapia)	Televisión	1	unidad
Auditorio (fisioterapia)	Reproductor de video	1	unidad
Auditorio (fisioterapia)	Amplificador parlante con pedestal	1	
Auditorio (fisioterapia)	micrófonos inalámbricos	2	
Auditorio (fisioterapia)	Flash memories	2	
EQUIPAMIENTO			
Consulta Geriátrica	Estetoscopio	3	unidad
Consulta Geriátrica	Equipo de diagnóstico	3	unidad
Consulta Geriátrica	Tensiómetro	3	unidad
Consulta Geriátrica	Martillo de percusión	3	unidad
Consulta Geriátrica	Computador	3	unidad
Consulta Geriátrica	Teléfono	3	unidad
Consulta Nutrición	Computador	1	unidad

Consulta Nutrición	Glucómetro	1	unidad
Consulta Nutrición	Teléfono	1	unidad
Consulta Psicología	Computador	1	unidad
Consulta Psicología	Test Psicológicos	2	unidad
Consulta Psicología	Teléfono	1	unidad
Preparación	Estetoscopio	2	unidad
Preparación	Tensiómetro	2	unidad
Preparación	Glucómetro	1	unidad
Preparación	Termómetro	20	unidad
Preparación	Ambú	1	unidad
Preparación	Oxígeno	1	unidad
Preparación	Teléfono	1	unidad
Área Administrativa	Computadora	5	unidad
Área Administrativa	Teléfono	5	unidad
INSUMOS			
FISIOTERAPIA			
Área Fisioterapia	Kit de Pilates	10	
Área Fisioterapia	Bandas theraband	10	
Área Fisioterapia	Pelotas de rehabilitación	50	
Área Fisioterapia	Bicicletas estacionarias	3	
Área Fisioterapia	Cuerdas de salto	5	
Área Fisioterapia	Mancuernas para tren inferior	5	
Área Fisioterapia	Pelotas anti estrés	5	
Área Fisioterapia	Reproductor de música	1	
Área Fisioterapia	Compresas químicas cervicales y lumbares	15	
Área Fisioterapia	Compresero Hidrocoleytor pequeño	1	
Área Fisioterapia	Ultrasonido para fisioterapia	1	
Área Fisioterapia	Ternos de Trabajo diario tipo quirófano de color azul, y vino (pantalón, blusa, chompa, zapatos) 2 Talla 36 y 2 Talla 42	4	
Área Fisioterapia	Toallas porta compresas	12	
Área Fisioterapia	Toallas grandes	8	
Área Fisioterapia	Toallas de mano	6	
INSUMOS			
Preparación y consulta	Algodón	10	Paquete
Preparación y	Bajalenguas	10000	Unidad

consulta			
Preparación y consulta	Papelería	150	Resmas
Preparación y consulta	Tiras de glicemia	3000	Unidad
Preparación y consulta	Jeringuillas	7000	Unidad
Preparación y consulta	Esferográficos	20	Caja por 12
Preparación y consulta	Toallas desechables	250	Paquete X 100
Área Administrativa	Papelería	200	Resma
Área Administrativa	Esferográficos	10	Caja por 12
Área Administrativa	Toallas desechables	50	Paquete X 100
Área Administrativa	Toners	10	Unidad
Área Administrativa	Marcadores	30	Unidad
INFRAESTRUCTUR A			
Preparación y consulta	Consultorios	7	unidad
Preparación y consulta	Sala de espera	1	unidad
Preparación y consulta	SS.HH.	4	unidad
Preparación y consulta	Sala de fisioterapia	1	unidad
Área Administrativa	Oficinas	2	unidad
Área Administrativa	Sala de reuniones	1	unidad
Área Administrativa	Auditorio	1	unidad

CAPÍTULO III

1. BASE MENSUAL DE ATENCIÓN

En el Centro de atención primaria para PAM de la UMSN presenta el siguiente perfil epidemiológico de enfermedades:

TABLA Nº 5

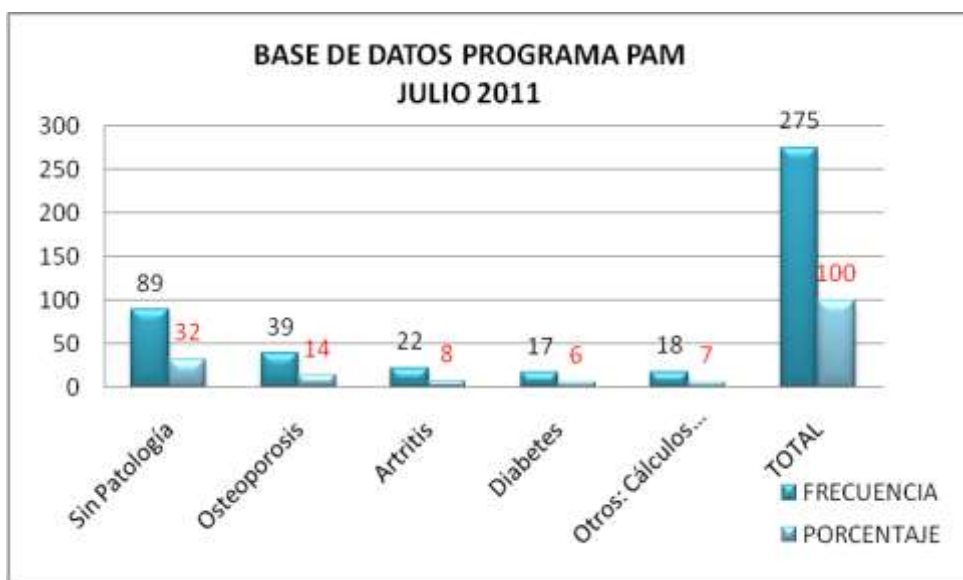
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO PAM DE JULIO 2011

BASE DE DATOS GLOBAL PROGRAMA PAM		
JULIO 2011		
ENFERMEDADES MAS FRECUENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipertensión Arterial	90	33
Sin Patología	89	32
Osteoporosis	39	14
Artritis	22	8
Diabetes	17	6
Otros: Cálculos renales, depresión, hernia discal, meniscos, gastritis, hipercolesterolemia, cáncer.	18	7
TOTAL	275	100

Fuente: UMSN Julio 2011

Elaborado: UMSN

GRAFICO Nº 3 Representación de la Tabla Nº 5



Fuente: UMSN

Elaborado: Pilar Dávila Silva

2. F.O.D.A.

TABLA Nº 6

Determinación de las Fortalezas y Debilidades. Amenazas y Oportunidades

Componentes	Fortalezas	Debilidades
Económicos	Disponer de presupuesto para financiamiento de las prestaciones de salud y contar con otras fuentes de ingreso como el fondo Quito Solidario que es la recuperación de la tasa de bomberos, etc.	Trámites administrativos son engorrosos y burocráticos por los diferentes procesos de adquisición de insumos y medicamentos. La entrega de los kits para el desarrollo de las actividades, es incompatible con el reglamento sustitutivo de uso y manejo de bienes de Administración Pública

Sociales	<p>Implementación de Programas de impacto social:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios de Salud Gratuitos. 2. Programa PAM. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insuficiente recurso humano para atención de demanda existente. 2. Personas Adultas Mayores no han sido organizadas ni sujetos de derechos de atención en salud. 3. Débil aporte presupuestario y recurso humano polifuncional saturado. 4. Infraestructura incipiente y débil coparticipación de otros actores. 5. Política discrecional, ante problema social.
Tecnológicos	<p>Implementación del sistema de turnos para atención en Consulta externa</p>	<p>No existen programas tecnológicos estandarizados</p>
Organizacionales	<p>Actitud del personal a innovar a través de la organización participativa</p>	<p>Débil implementación de procesos organizacionales actualizados con escasa coparticipación de los involucrados.</p>
Políticos	<p>Decisión del Alcalde de generar una ciudad incluyente, solidaria, participativa y saludable</p>	<p>Planificación Municipal dependiente de ingresos propios, con concentración de políticas administrativas que distorsionan la gestión de los servicios de salud municipal.</p>

Educacionales	La USMN dispone de profesionales en salud, con experticias técnicas y administrativas, lo que facilita la gestión en salud.	Débil promoción de capacitación para los profesionales de la salud, que deben integrarse para conformar equipos multidisciplinarios, cuyo enfoque determina polifuncionalidad con distracción de sus funciones prioritarias.
Profesionales de la salud	Personal altamente calificado.	Resistencia a integrarse a normativas del MSP, cuyas disposiciones técnicas y administrativas apuntan a generar cambio.
Usuarios/ Beneficiarios	Confianza en los servicios de la Unidad Municipal de Salud Norte	Existe una interpretación equivocada sobre el ejercicio de sus derechos, específicamente en la gratuidad de la salud (maltratan al personal de salud e imponen su atención)
La Organización y la Gestión	Compromiso institucional y mística profesional	Escasos procesos administrativos y de prestación de servicios.
Los recursos	Asignación presupuestaria desde el propio MDMQ	Distribución inequitativa del Presupuesto y no se lo ejecuta eficientemente.

Componentes	Oportunidades	Amenazas
Económicos	Generar procesos oportunos de adquisición de insumos, medicamentos y equipos de manera global, priorizando la	* Recorte presupuestario que afecte directamente a la Unidad Municipal de Salud

	red municipal Norte, para garantizar la provisión adecuada de estos requerimientos.	Norte. * La reestructuración del sector Salud
Sociales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reclasificar a los profesionales de la salud de 4HD a 8HD. 2. Fortalecer la organización de los grupos de adultos mayores. 3. Distribuir eficientemente el recurso humano y presupuesto acorde a la demanda y a los programas planificados y ejecutados. 4. Definición de las competencias a ser ejecutadas por el MDMQ. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deserción del recurso profesional. 2. Saturación de la capacidad operativa para la atención del adulto mayor. 3. Recorte presupuestario- 4. Insuficiente asignación presupuestaria y aporte del recurso humano de los actores internos y externos.
Tecnológicos	Estandarizar los sistemas de recopilación de información, vigilancia y control.	Que los involucrados no mantengan el nivel de presupuesto requerido para la renovación y actualización de los sistemas.
Organizacionales	Fortalecer la organización de la población y promover su participación en acciones que permitan el buen vivir.	Desinterés de la población en las propuestas realizadas por el MDMQ.
Políticos	Empoderar a la comunidad de los espacios públicos para	Desorientación a usuarios/as externos/as por la escasa

	<p>actividades de promoción de la salud y beneficio comunitario, con participación de los programas de salud creados y desarrollados por la SS, para los grupos vulnerables.</p>	<p>información de las políticas sociales del MDMQ</p>
Educacionales	<p>Promover la capacitación continua de todos los profesionales de la salud para garantizar la calidad de los servicios y el nivel de excelencia requerido en la atención de salud.</p>	<p>Concentración de los programas de capacitación para un grupo de profesionales de salud sin brindar oportunidades a todos. Desigualdad de oportunidades a los profesionales que han sido relegados por su edad ya sea muy joven o adulta.</p>
Profesionales de la salud	<p>Crear unidades de salud que manejen los sistemas de atención, vigilancia y control con la normativa del ente rector MSP, desarrollando la red norte que se encuentra formada.</p>	<p>Deserción del personal calificado de salud. Desmejoramiento de la calidad de atención de la salud. La mayoría de profesionales laboran 4 horas diarias.</p>
Usuarios/ Beneficiarios	<p>Mejorar el servicio de atención con horarios 8HD y aumentando el número de profesionales de las especialidades que tienen mayor demanda.</p>	<p>Maltrato a usuarios/as externos/as en relación al sistema de entrega de turnos. Los servicios pierden calidad ante la mayor demanda y el insuficiente número de</p>

	Promocionar los servicios de salud brindados por la SS a través de los espacios públicos de participación como ferias de salud desarrollados desde la misma comunidad-	profesionales.
La Organización y la Gestión	Procesos administrativos claros, definidos y desconcentrados.	Falta de puesta en práctica de los procedimientos a la normativa vigente.
Los recursos	Reasignación presupuestaria eficiente y sustentada en la programación anual.	Recorte presupuestario, redistribución del sector salud y manejo discrecional de la ejecución presupuestaria.

ENTREVISTAS Y ENCUESTAS.

Esta fase fue programada con mi persona y dos promotores barriales con el objeto de investigar dos aspectos, que consideré necesarios para tener una idea clara de lo que sucede al interior del grupo, es decir de los usuarios externos quienes reciben el servicio.

Básicamente la entrevista fue utilizada para buscar las actividades a las que se dedican los PAM, su formato fue validado con algunos participantes del programa Adulto Mayor implementado en la Unidad Municipal de Salud Norte, que acogieron el documento sin dificultad y se replicó según el registro actualizado (Anexo N° 1) donde al momento se encuentran activos 87 participantes de un total de 276.

La entrevista fue elaborada con un lenguaje sencillo y constó de 7 preguntas que fueron aplicadas por mi persona y los dos promotores, durante 3 días, 29 y 30 de junio y 1 de

julio del presente año a 55 PAM, con el objeto de obtener respuestas concretas sobre sus actividades y preferencias.

Las preguntas elaboradas fueron: (Anexo N°2)

1. ¿Los talleres cumplen con los objetivos de aprendizaje esperados por usted?
2. ¿Los contenidos vistos fueron novedosos para usted?
3. ¿Los contenidos tratados en el curso son aplicables en sus tareas actuales, permitiendo mejorarlas?
4. ¿El lenguaje utilizado en los talleres es claro y comprensible?
5. ¿Están de acuerdo con las actividades que se realizan en ésta Unidad de Salud?
6. ¿Existen buenas relaciones con la coordinadora del grupo?
7. ¿Se siente contenta/o con el grupo de trabajo?

Sugerencias

Los resultados de esa entrevista fueron recopilados en los formularios correspondientes, luego tabulados y finalmente analizados, cuyas evidencias se describen a continuación.

GRAFICO Nº 4

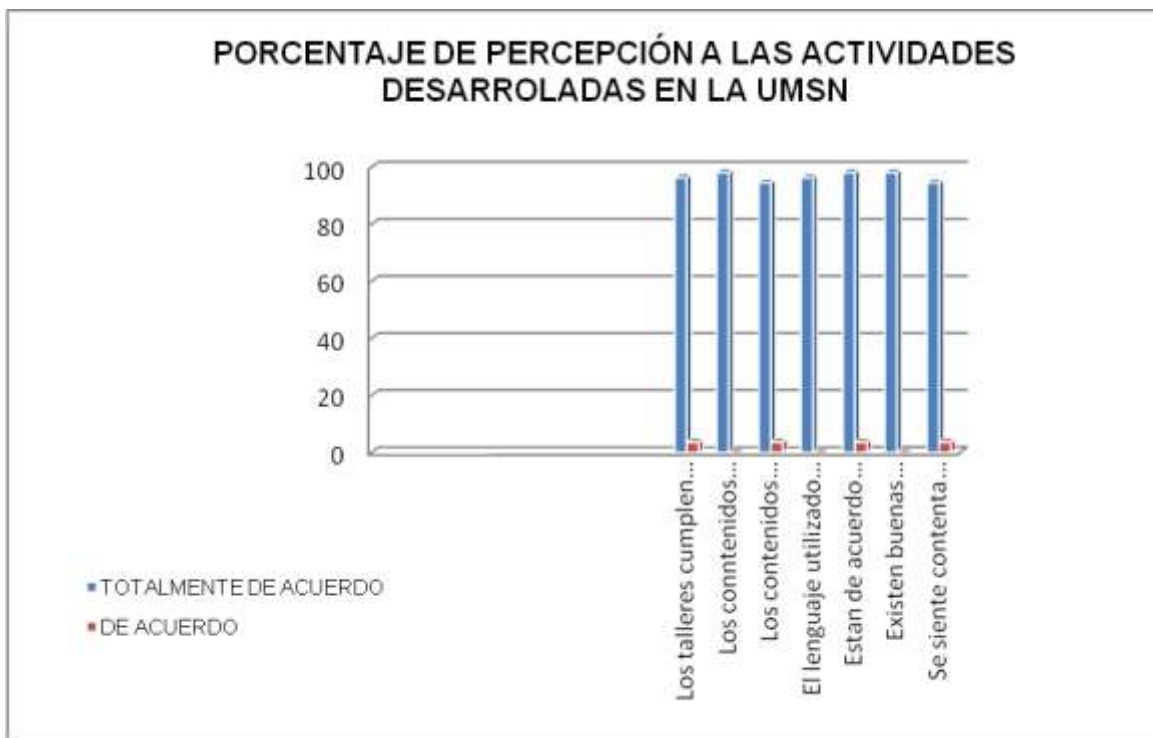


Fuente: encuesta aplicada en la UMSN. Pilar Dávila N°1

Elaborado: Pilar Dávila Silva

Todos los adultos mayores entrevistados, de una u otra manera, realizan algún tipo de actividad. Sin embargo, manifestaron que las acciones más frecuentemente realizadas implicaron las de tipo social como: visitas familiares, juegos de cartas, participación en talleres, mirar televisión, escuchar la radio, quehaceres domésticos, mentales como: manualidades y físicas como: caminatas.

GRAFICO Nº 5



Fuente: encuesta aplicada en la UMSN. Pilar Dávila N°2

Elaborado: Pilar Dávila Silva

Estos gráficos se refieren a la primera encuesta que fue aplicada, para conocer y valorar las diferentes actividades y talleres que se ejecutan en la Unidad de Salud Municipal Norte; como puede observarse, la valoración se la hizo con los criterios de totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

De un universo de 55 Adultos Mayores encuestados, demuestran que las actividades y los talleres motivacionales son aceptados en un 98 % de sus participantes y un 2 % que se encuentran en un grupo que no da respuesta a las preguntas o presentan algún requerimiento, lo que quiere decir, que las PAM se encuentran motivadas a continuar con éste tipo de acciones, que tendrán que seguir mejorando y diversificándose.

Esta iniciativa de la incorporación del adulto mayor a una vida activa, deberá permanecer en el tiempo y aplicable a todos los adultos mayores, a fin de lograr un envejecimiento activo y saludable; el reto es realizar una labor preventiva e intervenir antes de que ocurran las enfermedades crónicas y proporcionar una vida digna, de calidad.

Las personas mayores no son un grupo homogéneo, razón por la cual se debe fomentar intervenciones que integren y socialicen en ambientes saludables que ayuden a las personas a mejorar su calidad de vida.

ENTREVISTA SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.

Esta fue una entrevista directa a las PAM que se encontraban en la sala de consulta externa de la Unidad, fue ejecutada por la investigadora en un solo día, lo importante de esta intervención fue conocer a que actividades se dedican después de recibir su atención médica, ya que padecen algún tipo de enfermedad crónica, donde sus capacidades neurológicas y físicas se encuentran disminuidas, el sentir de aquellas personas es importante valorarlas, para apoyar en la mejor utilización de su tiempo “libre”, todas estas intervenciones fueron conocidas por las autoridades, con quienes se coordinó acciones de tipo profesional para fomentar actividades físicas que permitan una rehabilitación más ágil.

GRAFICO Nº 6



Fuente: encuesta aplicada en la UMSN. Pilar Dávila N°3

Elaborado: Pilar Dávila Silva

El 100% de ellos dijeron hablar con otras personas y realizar quehaceres domésticos y las actividades más frecuentes fueron ver la televisión durante la semana y caminar en la calle con el 94% de los adultos mayores,; el 84 % de los entrevistados refirieron dijeron escuchar radio,. La proporción más baja de entrevistados se observó entre el 6 y 16% que asistieron a rezar o reunirse con grupos religiosos diferentes tipos de cursos, manualidades, pláticas y juegos de cartas.

ENCUESTA SOBRE PERCEPCION DE CALIDAD DE SERVICIOS Y ACTIVIDADES QUE SE OFERTAN EN LA USMN.

Los gráficos que se exponen a continuación fueron realizados como parte de la investigación a las Personas Adultas Mayores, las mismas que servirán para evaluar el nivel de satisfacción de los servicios ofertados. Esta encuesta fue realizada en la Unidad Municipal de Salud Norte, cuyo principal objetivo fue el de rescatar el criterio de

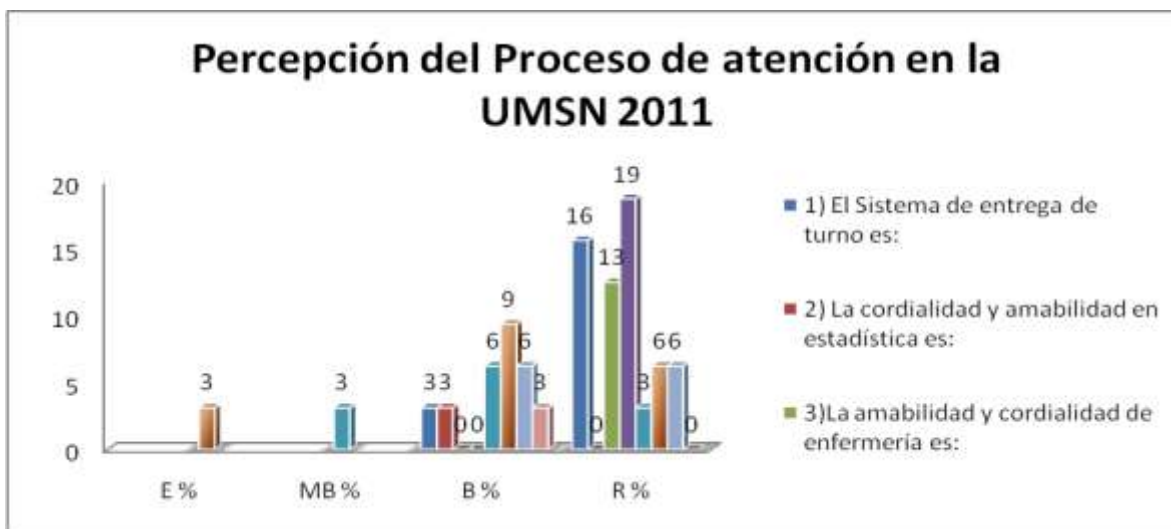
percepción de las actividades, servicios y calidad de la infraestructura y atención recibidos por los PAM que acuden diariamente a esa casa de Salud.

El formulario elaborado fue validado a través del personal de la Dirección de ésta Unidad y luego aplicado por el equipo formado por la investigadora y una promotora de la Unidad de Salud, trabajo que se lo ejecutó en cuatro días a partir del 29 de julio y 1,2 y 3 de agosto de 2011, previo conocimiento de las autoridades.

El grupo seleccionado para éste propósito, fue el de Carcelén Bajo, que corresponde al mayor número de participantes directos en el programa implementado por la Unidad.

El resultado de ésta encuesta fue participada a la Directora de la Unidad Municipal de Salud Norte, con la finalidad de implementar las recomendaciones que surgieron de ésta investigación, que busca cumplir con los requerimientos de los usuarios/as y sobre todo elevar el nivel de calidad de vida de ese grupo poblacional cuya tendencia es ascendente en el Distrito.

GRAFICO Nº 7

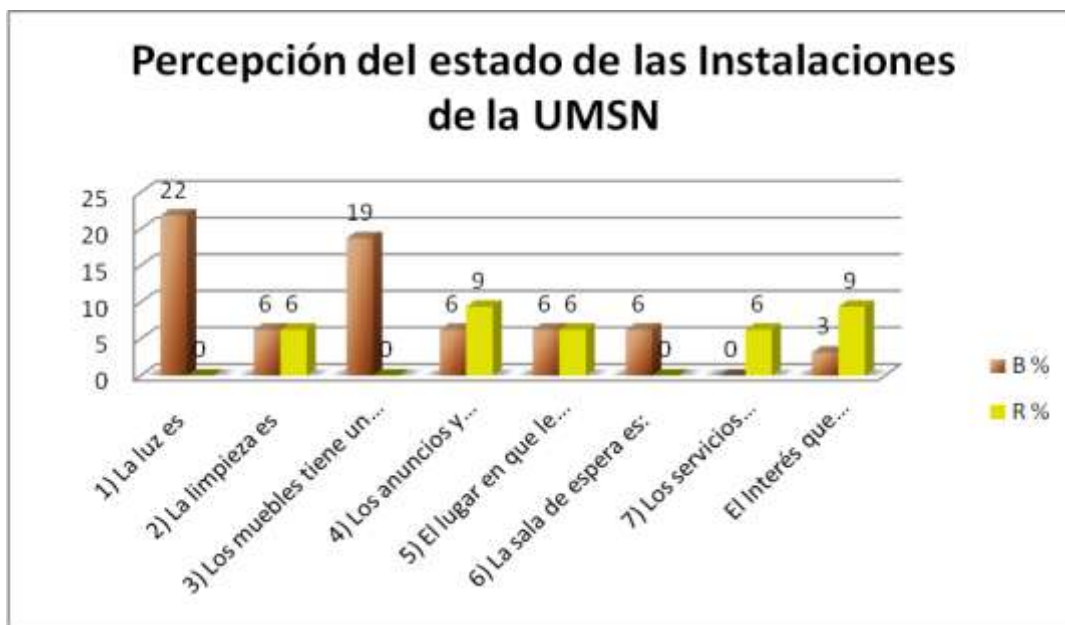


Fuente: encuesta aplicada en la UMSN. Pilar Dávila N°4

Elaborado: Pilar Dávila Silva

Este gráfico demuestra la percepción de las PAM sobre las 8 preguntas formuladas concernientes al servicio de atención, que se brinda a ese sector en la UMSN, donde se aprecia que en el 75 % de las 8 preguntas se lo califica como regular, llamando a reflexión: la pregunta 4 que tiene un 19 % y hace referencia a la rapidez con la que el personal de enfermería atiende a esas personas, seguida de la pregunta 1 que tiene el 16 % y hace reseña al sistema de entrega de turnos, dejando notar, que es importante resolver esta dificultad, luego aparece la pregunta 3 que tiene el 13% y se manifiesta sobre la amabilidad y cordialidad que se brinda en el área de enfermería, situación que afecta a la calidez de la atención; con un porcentaje de 6 % aparecen las preguntas 6 y 7 relacionadas a los profesionales médicos, donde las PAM refieren tener una regular confianza con los galenos, al igual que la explicación que ellos dan a sus pacientes sobre su dolencia o afectación, finalmente se tiene un 3% relacionado con la pregunta 5 que tiene relación con el trato de amabilidad y cordialidad brindada por ellos, demostrando que es necesario profundizar la sensibilización del personal de salud que labora en la UMSN, para llegar a hablar de una atención con calidez y calidad.

GRAFICO N°8

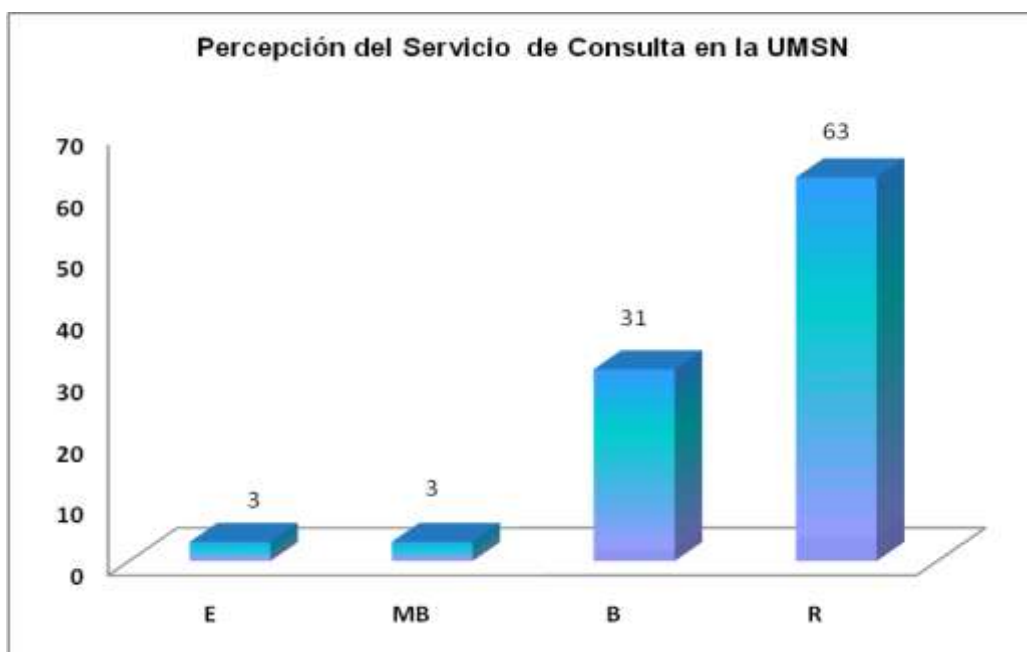


Fuente: encuesta aplicada en la UMSN. Pilar Dávila N°5

Elaborado: Pilar Dávila Silva

La gráfica presente, nos exhibe la percepción que las PAM tienen sobre la estructura y funcionalidad de la UMSN, cuyo criterio general lo manifiestan como bueno, sin embargo lo que llama la atención es el 9 % de encuestados que manifiesta, que el personal administrativo demuestra poco interés con éstas personas, cuando requiere hacer algún trámite, igualmente existe un 9% de encuestados que hace notorio su pedido a la parte de señalética y rotulación, reclamo que se deberá tomar en cuenta a futuro; con un 6 % se manifiesta el tema referente a la limpieza e higiene de las instalaciones sanitarias(baños) y áreas físicas: sala de espera, áreas de pre y pos consulta.

GRAFICO Nº 9



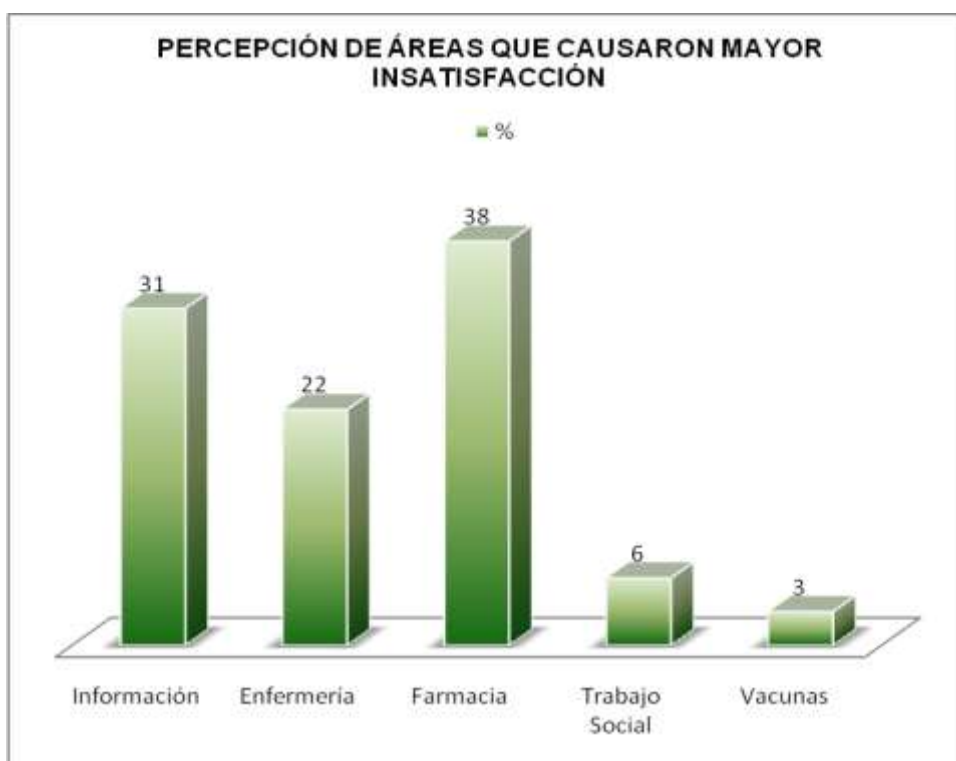
Fuente: encuesta aplicada en la UMSN. Pilar Dávila N°6

Elaborado: Pilar Dávila Silva

Este gráfico nos demuestra que el 63 % de los encuestados, califica de regular el servicio de consulta, mientras que el 31 % lo considera bueno y el 3 % como muy bueno y excelente, es muy probable que la diferencia de percepción se deba a que

siendo un grupo muy heterogéneo en patologías, requieren atención propia de su edad, con médicos gerontólogos y geriatras, que comprenden mejor sus enfermedades, su tratamiento y prevención, criterio que debe ser considerado, para mejorar el servicio y cumplir con lo manifestado en los objetivos.

GRAFICO Nº 10

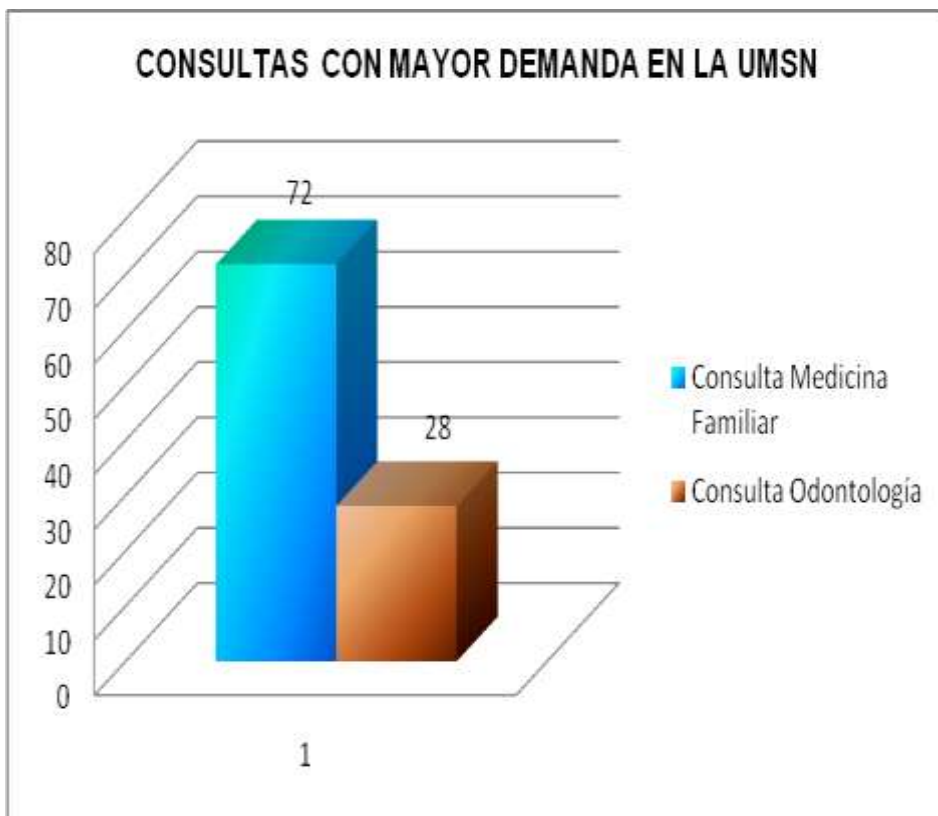


Fuente: encuesta aplicada en la UMSN. Pilar Dávila N°7

Elaborado: Pilar Dávila Silva

El presente gráfico demuestra que existen áreas de la UMSN que ameritan entrar en un proceso importante de sensibilización y mejoramiento ostensible de sus funciones, las más críticas son: farmacia con un 38 %, información con 31 %, enfermería con 22 %, trabajo social con 6 % y vacunas con 3 %; ya que constituyen el rostro de los servicios de salud que el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito brinda a la comunidad quiteña,

GRAFICO N°11

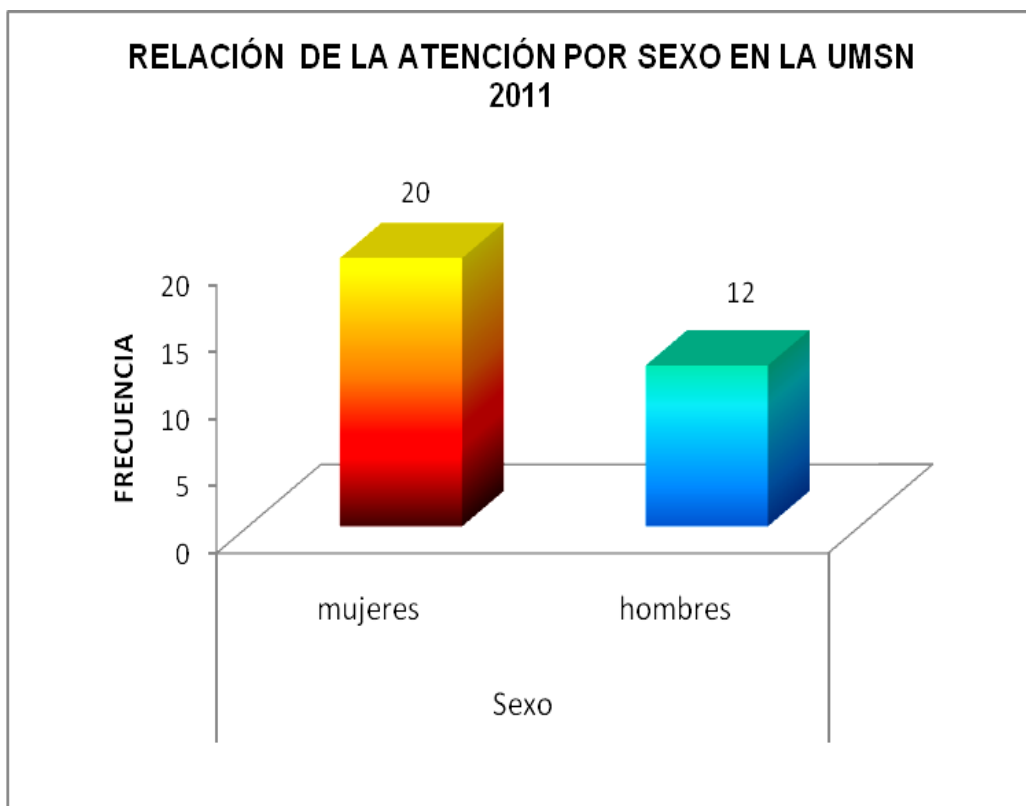


Fuente: encuesta aplicada en la UMSN. Pilar Dávila N°8

Elaborado: Pilar Dávila Silva

El gráfico 11 presenta las consultas que mayor demanda tiene la UMSN, destacándose la consulta de medicina familiar con un 72 % seguida de Odontología con 28 %, cabe anotar que este porcentaje, se debe a que la encuesta fue realizada a personas adultas mayores y el tipo de consulta demandado es lógicamente el de Medicina Familiar, perfil que deberá mejorar a futuro, ya que el servicio deberá ser entregado con profesionales Gerontólogos y Geriatras.

GRAFICO N° 12



Fuente: encuesta aplicada en la UMSN. Pilar Dávila N°9

Elaborado: Pilar Dávila Silva

Es interesante observar en éste gráfico, que el 62,5 % de los encuestados fueron mujeres que acuden a la UMSN y participan de éste programa y el 37.5 % fueron varones, de esto se infiere, que son las mujeres las más interesadas en buscar apoyo para solventar sus necesidades, hay que resaltar que ésta participación permite mejorar las relaciones humanas del grupo, lo que obliga a fortalecer los temas, renovar actividades e implementar nuevas formas de participación por género.

GRAFICO Nº 13



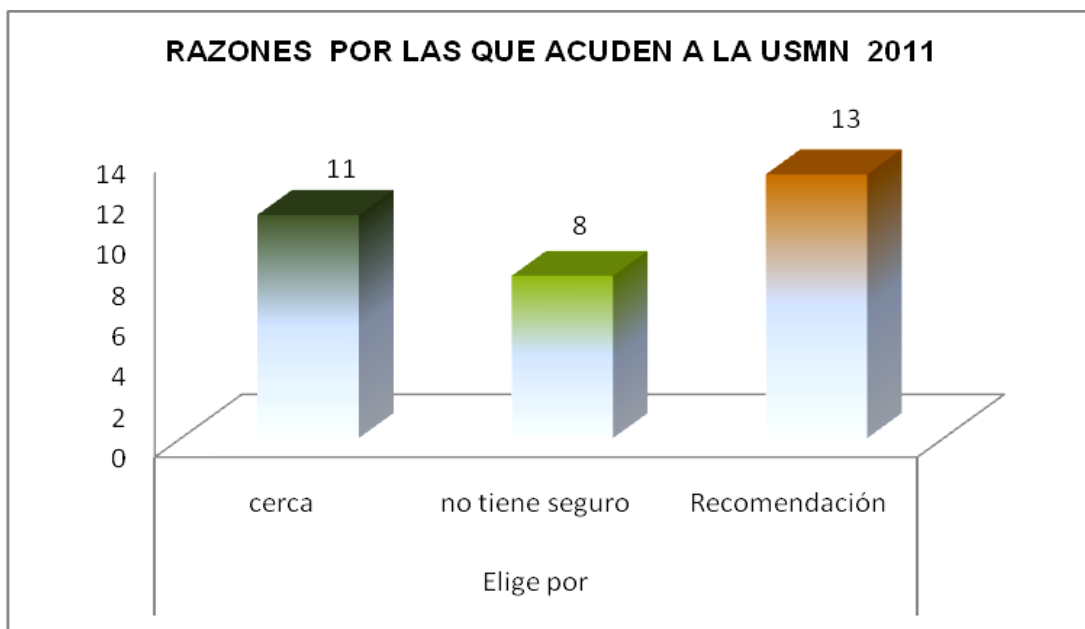
Fuente: encuesta aplicada en la UMSN. Pilar Dávila N°10

Elaborado: Pilar Dávila Silva

Este gráfico permite observar que las PAM que acuden a la UMSN, pertenecen a un grupo cuya escolaridad se enmarca en educación básica, donde el 37,5% corresponde a personas con primaria incompleta, 34,3 % a primaria completa y un 28% a ninguna instrucción.

Esta descripción de escolaridad podría estar influyendo en algunos puntos de percepción, al no ser más exigentes en sus posibles demandas, por eso es conveniente establecer protocolos de participación y de servicio, que apunten al mejoramiento humano sin considerar el grado de preparación, posición económica, etnia, religión, etc., sino que permitan estandarizar modelos de integración y desarrollo humano

GRAFICO N°14



Fuente: encuesta aplicada en la UMSN. Pilar Dávila N°11

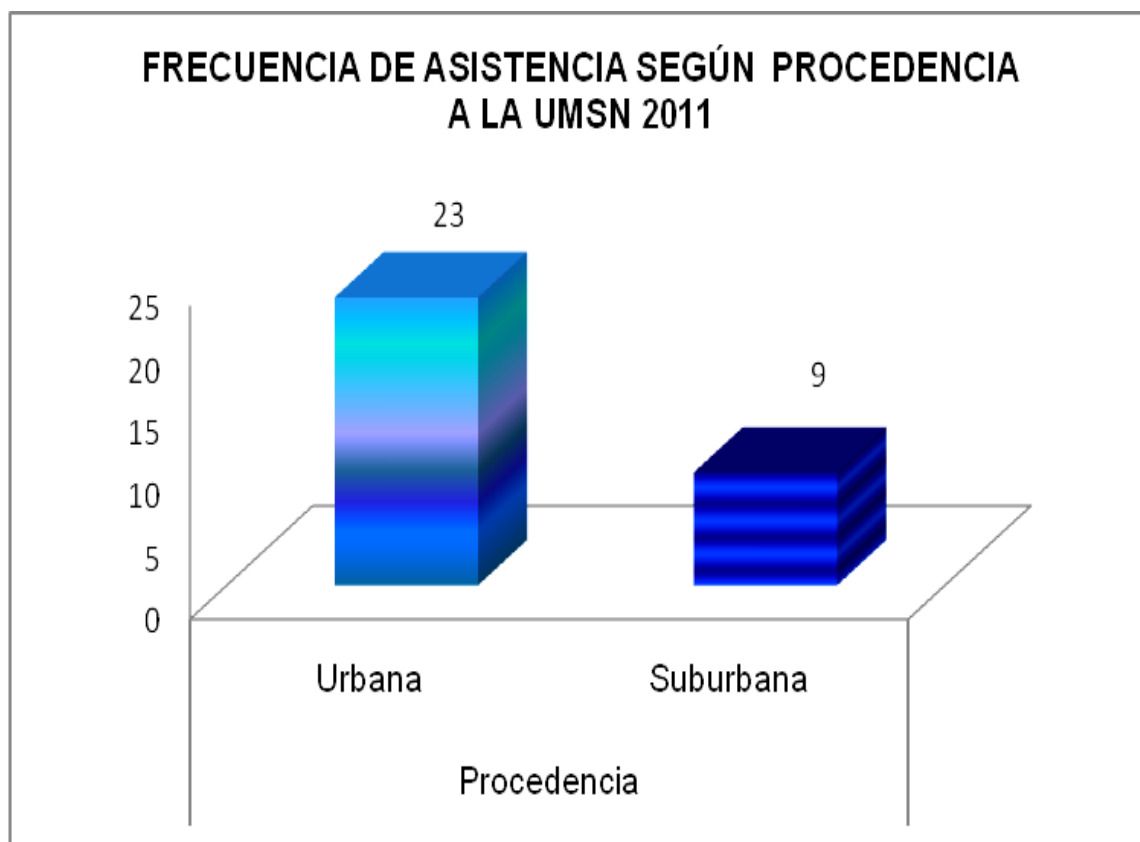
Elaborado: Pilar Dávila Silva

Este gráfico permite observar que el 23.6% de las PAM acuden a la Unidad Municipal de Salud Norte por recomendación de personas que consideran que los servicios de atención médica son buenos.

El 34.4% acude a la Unidad Municipal de Salud Norte porque se encuentra cercana a su sitio de residencia; garantizando de esta manera no solo a la población PAM sino también a las personas que se encuentran dentro de esta área de influencia.

El 25% de las PAM acuden a recibir atención de esta unidad de salud, puesto que carecen de servicios de salud privado o de la seguridad social, lo que demostraría que es éste nicho de personas que deben ser la meta objetivo de las políticas de salud municipales.

GRAFICO Nº 15



Fuente: encuesta aplicada en la UMSN. Pilar Dávila Nº12

Elaborado: Pilar Dávila Silva

Este gráfico intenta demostrar que la afluencia de PAM a la Unidad Municipal de Salud Norte tiene el 72% de personas provenientes del área urbana y el 28% del área suburbana; esta diferencia de concurrencia debería hacernos reflexionar sobre la importancia de dar mayor énfasis de este programa en los sectores suburbanos, en los cuales se encuentra población adulta mayor que carece de éste tipo de beneficio o servicios.

Las áreas que fueron identificadas de donde provienen las PAM son: Llano Grande, Mitad del Mundo, Rumiñahui, Calderón, Martha Roldós, Comité del Pueblo, Carapungo, Pisulí, Carcelén, Llano Chico, Calacalí, la Pulida, Ofelia, Marianitas.

CAPÍTULO IV

REQUERIMIENTOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES:

Las encuestas sobre satisfacción de usuarios/as PAM, esgrimen las siguientes recomendaciones:

1. Mayor respeto por edad y enfermedad por parte de profesionales de la salud (UMSN).
2. Los espacios destinados a los adultos mayores, deben estar concebidos y adaptados para evitar en lo posible la pérdida de autonomía de los residentes, favoreciendo su sociabilidad e instaurando una real apropiación de la institución por parte de los usuarios. En forma particular es preciso contar con una señalética clara y adecuada.
3. Facilidades para los turnos de manera preferencial.
4. Se requiere mejorar espacio para actividades, local para reuniones y actos, aeróbicos, con dotación de lavabos y mesas.
5. Capacitar en corte, manualidades, pastelería, computación , inglés, tejido, talleres de cocina
6. Accesibilidad
7. Seguridad
8. Actividades propuestas que deben atender a los diversos deseos de las PAM
9. Talleres de creatividad (pintura, cerámica)
10. Actividades físicas
11. Talleres diversos
12. Equipamiento con grabadora, cafetera
13. Incluir en las actividades de recreación caminatas ecológicas, visitas a museos, requieren transporte para los paseos al centro histórico.
14. Talleres demostrativos de nutrición.

- 15. Suministrar medicamentos.
- 16. Charlas deben ser más continuas y que sean atendidas por los asistentes, que a veces hablan y no dejan escuchar.
- 17. Fomentar la creación de clubes, similar al “Lucecitas” (diabéticos).
- 18. Propender a que la relación entre compañeros sea más solidaria a través de talleres que enfoquen las relaciones humanas.

En general, emiten un agradecimiento personal a los médicos destinados para su cuidado, (Dr. José Castro, Dr. Simón Crespo y Elizabeth Carrillo)

1. RECOMENDACIONES:

Problemas a resolver en el programa PAM	Actividades para resolver el problema	Acciones para obtener el resultado esperado	Resultados a obtener
Servicios de Salud asistencialista, fragmentado y desarticulado	Fortalecer el programa de servicios de salud integral e integrado para PAM, sin descuidar las áreas suburbanas.	Prestación de servicio a PAM, evaluación del programa y de los resultados	Desarrollar una cobertura en atención integral en los/las Adultos/as Mayores que permita ir atenuando la incidencia de enfermedades crónico degenerativas en el DMDQ. Los beneficiarios irán adquiriendo herramientas para ir mejorando los hábitos nutricionales, de actividad física y lograrán una conducta de auto cuidado, con una actitud positiva frente a la tercera edad.

Infraestructura poco funcional	Reestructuración de espacios con mejoramiento de áreas y equipamiento adecuado para cubrir las exigencias del programa y de las PAM.	Asignar en la proforma 2012, un porcentaje mayor de recursos para inversión en PAM, basados en el análisis de la actual experiencia desarrollada por el equipo y el programa.	Infraestructura funcional que satisface las necesidades de las PAM y genere un modelo de gestión diferenciada.
Escasa difusión de los derechos y servicios de las PAM	Campañas de promoción en el distrito.	Desarrollar y practicar las estrategias para la integración de nuevas PAM y ampliar la cobertura.	La población PAM informada y sensibilizada
Servicio parcial de atención de PAM respetando los principios de equidad, solidaridad y calidez	Ampliar el programa con dotación de medicamentos para las PAM que ameriten, previa evaluación profesional justificada con análisis de capacidad de pago de cada uno.	Implementación de los servicios de atención de salud diferenciados, prioritarios y preferenciales para las PAM q ¹ y q ² . Implementación de instrumentos y herramientas	Cobertura prioritaria del programa para las PAM de los q ¹ y q ² y con seguimiento de resultados cualicuantitativos medibles

Este trabajo ha sido socializado con el personal médico de apoyo, promotores/as de salud, autoridades de la UMSN, con el propósito de brindar un servicio armónico ya que es nuestro compromiso, el de coadyuvar a mejorar la calidad de vida de las PAM.

2. CONCLUSIONES

La salud es importante en todas las etapas de la vida y el envejecimiento, es el ciclo vital final, reconoce que la diversidad individual tiende a aumentar con la edad.

El envejecimiento ciertamente es uno de los retos que el sistema de salud actual debe atender con una política sectorial, mediante estrategias y programas que enfrenten el incremento de las nuevas necesidades de atención de este grupo poblacional.

La población ecuatoriana hoy tiene una esperanza de vida por sobre los 75 años, pero padece la incertidumbre de no saber en qué condiciones vivirá los últimos años de su vida. Aquí radica el desafío de la Secretaría de Salud del DMQ y que por intermedio de la UMSN, tiene la perspectiva de brindar un modelo de salud a la población que acude diariamente a sus instalaciones y en el caso que nos ocupa a las PAM y no sólo resolver sus demandas puntuales de atención médica, sino también los requerimientos de medidas preventivas como: actividad física, intelectual y cultural.

Siendo que el mayor porcentaje de los/las encuestados/as, son mujeres, es necesario buscar un equilibrio de atención para el género masculino y no descuidar las áreas suburbanas, las que al carecer de este tipo de servicio, se ven obligados a recurrir a la UMSN, razón por la cual hay que plantearse la desconcentración hacia las áreas periféricas para mejorar la cobertura de ese grupo poblacional y equipar adecuadamente esos espacios.

Es ineludible definir la intervención para los grupos que se encuentran en los q^1 y q^2 con el objeto de dirigir todos los recursos y esfuerzos a ese sector y convenir con el Ministerio de Salud Pública para que el resto de quintiles sea asumido por el estado.

La dinámica demográfica nos demostró que los cambios son inevitables y muy acelerados, características que los vuelven necesarios y los procesos de mejoramiento

de atención de salud deben ir a la par; de ahí que la UMSN deberá duplicar sus esfuerzos para garantizar los servicios que hoy provee, no se vean rebasados en el futuro, pero sí mejorados e integrados al bienestar del grupo meta.

Al ser integrados permite trabajar en la prevención evitando que las enfermedades crónico degenerativas se incrementen, generando en este grupo una cultura de responsabilidad en el autocuidado y obligando al sistema de atención a ser menos asistencialista y haciendo que su presupuesto sea más bien revertido hacia actividades que promuevan la salud e implementen espacios que permitan multiplicar la cultura, el deporte, actividades lúdicas, la utilización del tiempo de ocio en actividades manuales y establecer dinámicas grupales que mejoren la relación interpersonal y fomente la creatividad, la solidaridad, el compañerismo y dando la oportunidad de que estos grupos se organicen y puedan ser emprendedores en ocupaciones que les haga crecer como personas e inclusive mejoren sus ingresos para cubrir sus necesidades volviéndose de esta manera, un sistema incluyente, de calidad e integración de las PAM.

Los adultos mayores conforman un grupo poblacional de enorme presión para el estado, por los servicios de salud y los estados financieros, razón por la cual el Municipio debe generar a través de la UMSN un esquema diferenciado del programa de las PAM, para garantizar al grupo meta (q^1 y q^2), los servicios ofertados en la propuesta, dotando de medicamentos genéricos de un cuadro básico, que apunte a las cinco primeras causas de morbi- mortalidad; esta prestación sería monitoreada por las consultas subsecuentes donde los facultativos podrían observar el resultado de la administración de las medicinas. En los casos en que su enfermedad requiera otro nivel de asistencia, serán canalizados hacia hospitales de segundo y tercer nivel, que ya no son de competencia municipal.

El objetivo de una vejez saludable e independiente es complicado, debido a diversas causas, como mortalidad prematura, enfermedades crónicas y discapacidades funcionales, representando desafíos a la calidad de vida.

En este contexto, el sistema de salud es el eje más importante en la vida de los adultos mayores. Se ha reconocido la existencia de discriminación directa o indirecta, en la provisión de servicios, porque no existe una adecuada información y la limitación de campañas para promocionar los diferentes servicios y actividades en las que pueden participar las PAM, no han llegado hacia el objetivo, por lo que se hace imprescindible que se usen estrategias de comunicación que permitan a estos grupos participar activamente de los diferentes programas relacionados con los/as adultos/as mayores.

Aunque la satisfacción en función de la relación interpersonal es un criterio muy importante, los resultados en términos de la salud constituyen el criterio final de calidad.

En cuanto a la equidad y solidaridad, el programa PAM en la UMSN, tiene el máximo apoyo público y, por lo tanto, el apoyo político que impulsa la calidad y el acceso de servicios, pero si no se toman en cuenta las diferencias de ingresos y necesidades de las diferentes clases, etnias y géneros pueden permanecer las desigualdades.

Con el objeto de mejorar la gestión en los servicios que brinda la Unidad Municipal de Salud Norte, a las PAM, considero que es imperativo que la Secretaría de Salud, defina las estructuras que lleven hacia los procesos de descentralización de la gestión y desconcentración de las acciones de ejecución facilitando el desarrollo de planes sociales, como la conformación de clubes de: diabéticos, hipertensos, que la mencionada unidad debería cumplir en el tiempo que han planificado hacerlo, impulsando actividades que ya vienen desarrollando e incrementar nuevas como las anteriormente solicitadas por las PAM.

BIBLIOGRAFÍA:

- Distrito Metropolitano de Quito. (2011). *Funciones de la Secretaría de Salud*. Quito.
- García, R. E. (1999). *El concepto de la gestión de calidad total (TQM)*. Chile: Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.
- INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2001). *Censo Poblacional del Ecuador*. Quito.
- INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2006). *Encuesta de Condiciones de Vida, Quinta Ronda 2005-2006; Pobreza y Extrema Pobreza en el Ecuador, período Noviembre 2005-Julio 2006*. Quito.
- INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2005). *Encuesta de condiciones de vida, Quinta Ronda*. Quito.
- INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011). *Tabla de población del Ecuador y de la provincia de Pichincha-Censo 1950-2001*. Quito.
- INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2001). *Tabla de Población por Grandes Grupos de Edad, Censo 2001*. Quito.
- Kalache, A. (2000). *Situación Global de envejecimiento*. Washington: Consulta interregional sobre el envejecimiento de la población organizada por el BID.
- MSP, Ministerio de Salud Pública. (2010). *Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores*. Quito.
- MSP, Ministerio de Salud Pública. (2007). *Políticas de atención en salud al adulto mayor*. Quito.
- Novelo de López, H. (2003). *Aspectos demográficos del adulto mayor*. *Nutr Clin*. Santiago de Chile.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2002). *Políticas de Envejecimiento activo*. Ginebra: *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37 (S2): 74-105.
- Palacio de Convenciones de la Habana Cuba. (2006). *IV Congreso Iberoamericano de Gerontología y Geriatría*. La Habana.
- Pinzón, C. (2001). *Caracterización de la población adulta mayor del Centro Histórico de Quito MDMQ (MDMQ-Unión Europea)*. Quito.

Salud de Altura. (2010). *El derecho a la salud*. Quito.

Secretaría de Salud. (2007). *Cambio de estructura*. Quito.

Secretaría General de Asuntos Sociales de España, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. (2002). *II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento*. Madrid: Envejecer en España.

ANEXOS:

Anexo 1:

Formato de listado de PAM Carcelén Bajo

Lista de personas confirmadas de las PAM de Carcelén Bajo

Lista global de personas PAM de Carcelén Bajo

Anexo 2:

Formato de encuestas y entrevistas

Anexo 3:

Modelo Acta-Compromiso

Anexo 4:

Fotografías

ANEXO 1

ANEXO 2

UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD NORTE

Encierre en un círculo la opción como válida para cada una de las siguientes afirmaciones de 4 a 1

	Totalmente de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	Totalmente desacuerdo	en
1. Los talleres cumplen con los objetivos de aprendizaje esperados por usted	4	3	2	1	
2. Los contenidos vistos fueron novedosos para usted	4	3	2	1	
3. Los contenidos tratados en el curso son aplicables en sus tareas actuales, permitiendo mejorarlas	4	3	2	1	
4. El lenguaje utilizado en los talleres es claro y comprensible	4	3	2	1	
5. Están de acuerdo con las actividades que se realizan en esta Unidad de Salud	4	3	2	1	
6. Existen buenas relaciones con la Coordinadora del Grupo	4	3	2	1	
7. Se siente contenta con el Grupo de trabajo	4	3	2	1	

SUGERENCIAS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Señor/a encuestado/a le agradezco su participación en la presente encuesta que va a servir para conocer los problemas que se presentan en las personas adultas mayores, lo que nos permitirá buscar las mejores alternativas de ayuda a sus dolencias, por lo que se solicita contestar las preguntas con la mayor franqueza y apegado a su realidad.

Esta encuesta tiene el carácter de confidencial y sus datos serán utilizados exclusivamente con este propósito.

Marque con una X la respuesta que considere válida.

I. ASPECTOS GENERALES

Edad:(años)

Sexo: M

F

Sector donde vive:.....

Procedencia:	Urbana <input type="checkbox"/>	Suburbana <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>
Instrucción	Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Superior <input type="checkbox"/>
	Analfabeta <input type="checkbox"/>	Primaria Incompleta <input type="checkbox"/>	No opina <input type="checkbox"/>

Por qué escogió venir a este establecimiento de salud?

Está cerca Me recomendaron La atención es buena

No tengo seguro No hay otro establecimiento a dónde acudir

Otro Cuál.....

II. PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS/AS Las siguientes preguntas califíquelas con una opción:

Servicio/ producto	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
1) El Sistema de entrega de turno es:					
2) La cordialidad y amabilidad en estadística es:					
3) La amabilidad y cordialidad de enfermería es:					
4) La rapidez de atención en enfermería es:					
5) La amabilidad y cordialidad del médico es:					
6) La confianza que USTED tiene en el médico que le atiende es:					
7) La explicación del médico es:					
8) El grado de SATISFACCION QUE USTED SIENTE luego de la atención recibida es:					
El estado de las instalaciones:					
1) La luz es					
2) La limpieza es					
3) Los muebles tiene un aspecto					

4) Los anuncios y señalización son					
5) El lugar en que le atienden es					
6) La sala de espera es:					
7) Los servicios sanitarios están en condiciones:					
El Interés que demuestra el personal administrativo cuando Usted tiene que realizar algún trámite es:					

En qué área o servicio de la Unidad usted tuvo mayor dificultad o insatisfacción (puede marcar más de una opción):

Servicio		Servicio	
Estadística		Trabajo Social	
Caja		Vacunas	
Información		Laboratorio Clínico	
Enfermería		Rayos X	
Farmacia		Ecografía	
		Electrocardiografía	
Consulta Médica en:			
Medicina familiar			
Ginecología			

Odontología			
Psicología			

ANEXO 3



**UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD NORTE
PROMOCION DE LA SALUD**

Quito, de del 2011

ACTA DE COMPROMISO PARA LAS ACTIVIDADES CUERPO Y MENTE

Yo.....de

.....años y con Cédula N°.....Me comprometo

a seguir las instrucciones y horarios que sean repartidos por los instructores y

profesionales dentro del programa 60 y Piquito Activos y Saludables.

.....

FIRMA

.....

TELEFONO

.....

DIRECCION

ANEXO 4













