



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

La Universidad Católica de Loja

## **ÁREA BIOLÓGICA**

**TITULACIÓN DE MAGISTER EN GERENCIA DE SALUD  
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**Modelo de atención integral del adulto mayor para el dispensario del  
Seguro Social Campesino 16 de Agosto del cantón Palora  
provincia de Morona Santiago año 2012**

**TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA**

**AUTOR: Maji Chauca, Victor Hugo**

**DIRECTOR: Real Rivera, Mercedes Elizabeth, Mg**

**CENTRO UNIVERSITARIO RIOBAMBA**

**2013**

## APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

Magister.

Mercedes Elizabeth Real Rivera.

**DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado: “Modelo de atención integral del adulto mayor para el dispensario del Seguro Social Campesino 16 de Agosto del cantón Palora provincia de Morona Santiago año 2012” realizado por el Md. **Maji Chauca Victor Hugo**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

**Loja, Diciembre 2013**

.....

Mg. Mercedes Elizabeth Real Rivera

**Directora de Tesis**

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, **Maji Chauca Victor Hugo**, declaro ser autor del presente trabajo de fin de maestría: Modelo de atención integral del adulto mayor para el dispensario del Seguro Social Campesino 16 de Agosto del cantón Palora provincia de Morona Santiago año 2012, de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo Mg. Mercedes Elizabeth Real Rivera directora del presente trabajo; y eximo expresamente la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente 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”.

---

Autor: Maji Chauca Victor Hugo

Cédula: 060396401-6

## DEDICATORIA

A las personas que han apoyado directa e indirectamente la realización de este trabajo, a mi familia quienes de forma moral me han impulsado día tras día, a los habitantes de la comunidad 16 de Agosto del cantón Palora que fortalecieron las actividades planificadas en busca del bien individual y comunitario.

Md. Victor Hugo Maji Chauca

Autor

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi más sincero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de maestría en Gerencia Integral de salud para el desarrollo local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

A mi Directora de tesis Mg. Mercedes Elizabeth Real Rivera por su apoyo y guía en la realización del presente trabajo.

A la comunidad 16 de Agosto del cantón Palora, por su predisposición a colaborar con las actividades planificadas.

Md. Victor Hugo Maji Chauca  
Autor

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMATIZACIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	9
CAPÍTULO I.....	10
1. Marco Teórico.....	10
1.1. Marco institucional.....	11
1.2. Marco conceptual.....	13
CAPÍTULO II.....	21
2. Diseño metodológico.....	21
2.1. Matriz involucrados.....	22
2.2. Árbol de problemas.....	23
2.3. Árbol de objetivos.....	24
2.4. Matriz de marco lógico.....	25
CAPÍTULO III.....	28
3. Resultados.....	29
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	42

## RESUMEN

El envejecimiento es una etapa propia de la humanidad razón por la cual se sugiere el uso de nuevas políticas y programas direccionados a conseguir un envejecimiento digno. El presente trabajo fue realizado en la organización del Seguro Social Campesino de la Parroquia 16 de Agosto mismo que cuenta con 41 afiliados que pertenecen a dicho grupo etario; de éstos, el 19% padecen de algún tipo de enfermedad crónico degenerativa.

La ejecución del modelo de atención integral para el adulto mayor incluido en el protocolo de atención del MAIS – FCI complementado con los lineamientos de la resolución 308 del IESS, ayudó a la inclusión social de este grupo etario puesto que se realizó 17% de las consultas preventivas dirigidas exclusivamente a los adultos mayores, donde se identificó el 27% de pacientes hipertensos, 20% de diabéticos y a cinco discapacitados. Así también, se incentivó el mejoramiento de hábitos y comportamientos en pos de una buena salud por lo que se realizaron diversos talleres educativos así como 18 visitas domiciliarias y se logró institucionalizar la práctica de bailoterapia comunitaria.

**PALABRAS CLAVES:** Envejecimiento, lineamiento, protocolo MAIS-FCI.

## **ABSTRACT**

Aging is a stage of humanity itself which is why we suggest the use of new policies and programs directed to achieve a dignified aging. This work was done in the Rural Social Security organization of the same Parish August 16 with 41 members who belong to this age group, and of these, 19% have some form of chronic degenerative disease.

The implementation of the integrated care model for the elderly included in the treatment protocol of MAIS-FCI supplemented with 308 lines of resolution IESS, helped the social inclusion of this age group since they made 17 % of consultations preventive exclusively target older adults, which identified 27% of patients with hypertension, 20 % had diabetes and five disabled. So too, were encouraged to improve habits and behaviors in pursuit of good health so various educational workshops were conducted and 18 home visits and was achieved dance therapy institutionalize the practice of community.

**KEYWORDS:** Aging, lineament, MAIS-FCI protocol.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad las intervenciones destinadas a prevenir y controlar condiciones crónicas y enfermedades asociadas a la edad avanzada están en demanda, no sólo debido a un imperativo demográfico, sino también como resultado de factores como los avances científicos, la migración, la disminución de la tasa de fecundidad, la mejora de la esperanza de vida, que nos ponen frente a una población que envejece con mayor rapidez, comparada con la de los países desarrollados.

Por dicha razón es importante contar con un programa actualizado para el control en salud de este grupo poblacional, puesto que se ha venido observando un mínimo interés de las instituciones que se encuentran en contacto con los adultos mayores, sin darse cuenta que en su momento todos llegaremos a formar parte de dicho grupo y que mejor si tenemos un respaldo para una atención integral de salud.

Una de las razones que se ha tenido en cuenta para proponer el presente trabajo es el progresivo aumento de la demanda de adultos mayores; puesto que de acuerdo al observatorio demográfico N° 4 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se ha estimado que de un 6,7% en el 2010 de personas de 65 años o más en América Latina y el Caribe pasarán a un 8,7% en el 2020. Así también se considera que la esperanza de vida al nacer en el quinquenio 2000-2005 América Latina y el Caribe fue de 68,3 años, y se espera que en el período del 2015 al 2020, alcance a los 78,1 años. En Ecuador en el 2010 los adultos mayores son 1.192.475, lo que representa el 6.4% del total de población, en el 2015 alcanzará al 12.6% o más (1).

Al hablar de los antecedentes del presente tema se expone que la dimensión organizacional pública parte de una condición ética y moral centrada en torno al sujeto, como portador de derechos a la vida, a la salud, al bienestar y por ende al desarrollo. Es este el caso del Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria, que ya ha venido interviniendo en la salud de dicho grupo etario a partir del año 2008.

Los mejores resultados que se pueden obtener de un trabajo son los adquiridos con un trabajo en equipo, he aquí la importancia del presente proyecto que permitirá fortalecer la capacidad de la atención primaria de salud y poder responder de manera más eficiente a los problemas

de salud prevalentes de las personas adultas mayores y, consecuentemente, prevenir las discapacidades, con el apoyo de un sistema de salud adecuadamente preparado teniendo como principales protagonistas al talento humano que es el eje central para lograr cumplir los objetivos institucionales.

Este trabajo apoyará en el fortalecimiento y consolidación de la atención integral de calidad al adulto mayor, en busca de un envejecimiento digno con buena calidad en salud. Así también se pretende fusionar los programas existentes y crear uno mejorado para la atención de este grupo etario, es por esto que nos basamos en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) y la resolución 308 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS); mismos que están dirigidos a los profesionales de la salud del primer nivel de atención.

El objetivo principal del presente trabajo se dirige a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, he institucionalizar las acciones planteadas para el logro de los mismos. En este sentido el trabajo se lo realiza de forma programada iniciando con la revisión del perfil epidemiológico para dirigir nuestra tarea preventiva y curativa hacia los mismos; además, la gestión institucional e interinstitucional es una pieza fundamental para el buen desarrollo del trabajo orientadas a conseguir prestaciones colectivas útiles en el mejoramiento de la salud de este grupo etario.

## PROBLEMATIZACIÓN

El envejecimiento es una etapa propia de la humanidad hacia donde todos nosotros nos dirigimos, se ha visto que al entrar en el siglo XXI el envejecimiento a escala mundial está imponiendo mayores exigencias económicas y sociales en todos los países, en la organización del Seguro social campesino de la Parroquia 16 de Agosto se cuenta con cuarenta y un pacientes afiliados que pertenecen a dicho grupo etario, razón por la cual se sugiere el uso de nuevas políticas y programas para ayudar a que las personas puedan envejecer con dignidad mejorando así la salud, autonomía y la productividad de las personas de más edad.

En la actualidad se ve como un gran problema al acceso limitado del Adulto Mayor a los servicios de salud, mismo que se ha visto restringido por varias condiciones como es el acceso físico ya sea por distancia, discapacidad o por horarios de atención; así también se ve como una barrera el escaso capital para poder adquirir medicación específica que no se posee en las instituciones que prestan servicios de salud.

Frente a los problemas que se han evidenciado es necesario que se dictaminen y se apliquen nuevas políticas dentro de dicho grupo de pacientes en la Organización del seguro social campesino (SSC) y para esto se propone implementar ciertas estrategias basadas en el nuevo MAIS-FCI, mismo que se complementará con ciertos lineamientos de la resolución 308 del IESS.

De esta manera pretendemos obtener una herramienta útil para mejorar la calidad de atención de nuestro dispensario dirigido específicamente a los adultos mayores de nuestra organización, puesto que dichas estrategias a seguir con los adultos mayores, servirán de base para concienciar al Estado, a los directivos máximos del SSC, a la familias y a la sociedad, sobre la necesidad de apoyar a este sector de la población ecuatoriana en su proceso de integración, reconocimiento y respeto de sus derechos, sobre la base de los principios de solidaridad y equidad frente al adulto mayor.

El presente trabajo se dirige hacia la atención integral de los pacientes adultos mayores afiliados a la organización del SSC del dispensario 16 de Agosto; sin embargo, posterior a la culminación del presente trabajo donde pretendemos acumular experiencias en el sector, se pretende institucionalizar el programa dirigido a todas las personas que pertenezcan a este

grupo etario sin importar que sean o no afiliados a la organización, puesto que es un grupo en riesgo que necesitan de mucha ayuda humanitaria.

Uno de los principales pilares que se necesita en el presente proyecto es la buena predisposición de la colectividad y autoridades para colaborar en la realización de cada una de las actividades en busca del cumplimiento óptimo de los objetivos planteados, puesto que para que exista un envejecimiento digno con buen estado de salud para los afiliados de la organización no solo depende de las instituciones de salud, sino también de otras instituciones dedicadas a brindar mejoras al estilo de vida a nivel comunitario. Por esto tenemos claro que nuestra labor no es fácil, sin embargo estamos prestos a realizar una buena gestión para el desarrollo local en coordinación a nivel extra-institucional con miras a obtener los resultados deseados.

## JUSTIFICACIÓN

Soy consciente que en el Dispensario del Seguro Social Campesino 16 de Agosto no se ha logrado satisfacer la demanda de la sociedad, generándose una exclusión social en salud principalmente con las personas de la tercera edad, esto debido a ciertas políticas institucionales, puesto que para que reciban la atención integral en salud deben ser miembros activos y/o jubilados de la organización, haciendo hincapié que en casos de emergencias la atención no se le niega a ninguna persona.

Es por esta razón que se pretende apoyar y tener de base una nueva política de atención, conjuntamente con las estrategias, políticas, componentes, principios, procesos e instrumentos que operan de manera integral e integrada que demanda el MAIS – FCI, no solo en busca de buenos resultados con los pacientes incluidos en el presente proyecto, sino también en miras a la formación adecuada de la Red Integral del Sistema Nacional de salud, intentando establecer de esta manera un lazo de fraternidad entre las diversas instituciones que se dedican a prestar servicios de salud.

Con el presente proyecto se ayudará a tener un envejecimiento digno; pues, como toda institución de primer nivel en salud se dirige la mirada hacia la prevención, sin dejar de lado la recuperación y rehabilitación que se brindará a los pacientes en los casos que sean necesarios, es por esto que se mira como base importante a las visitas domiciliarias, ya que existen personas con dificultad para la deambulacion y es aquí donde se reflejará el trabajo humanitario del equipo de salud para precautelar la salud de las personas más vulnerables pertenecientes a este grupo etario.

Así también, el MAIS-FCI se articula a procesos de desarrollo sostenible con participación intersectorial, orientado al cambio de los factores determinantes de la salud: desde los estilos de vida individual, hasta los modos de vida sociales, abordándolos, en su mayor parte, a través de acciones de promoción con el fin de controlar e incidir favorablemente en el proceso salud-enfermedad, pues desde hace varias décadas la población ecuatoriana demanda al Estado garantizar su derecho a la salud. Sin embargo, pese a los importantes logros alcanzados, persisten barreras y desigualdades inaceptables que limitan su cumplimiento, situación observada especialmente en grupos poblacionales de los sectores rurales y en los adultos mayores (2).

La invalidez de ciertos adultos mayores y las largas distancias de su lugar habitual de residencia en relación al dispensario son dos principales barreras que se pretende contrarrestar, pues con el presente proyecto en acción se irá hacia las personas que por ciertas circunstancias se les dificulta la llegada a la institución, esto con el afán de realizar una atención integral de manera preventiva, curativa y rehabilitadora en todos los casos que sean necesario, acciones que llevarán a mejorar la calidad de salud de las personas adultas y con ello tener un envejecimiento digno para cada uno de ellos.

Se había enunciado que la presente tarea no es fácil, sin embargo se está presto a realizar todos los acercamientos posibles hacia los sectores involucrados en la solución de la problemática, ya que para encontrar y mantener un buen estado de salud también hace falta el trabajo de otras instituciones dedicadas a brindar mejoras al estilo de vida de los adultos mayores, es de esta manera que se evidenciará la formación profesional que he adquirido en Gerencia de salud en busca del desarrollo sostenible a nivel local.

## **OBJETIVOS**

### **1. Objetivo General**

- Implementar el programa de atención integral del adulto mayor en el dispensario del SSC 16 de agosto mediante el uso del protocolo de atención MAIS - FCI para mejorar la calidad de vida de dicho grupo etario durante el período junio – diciembre del año 2012.

### **2. Objetivos Específicos**

1. Elaborar medios de vigilancia epidemiológica dirigida exclusivamente a los adultos mayores del dispensario del SSC 16 de Agosto.
2. Brindar atención médica con enfoque preventivo y curativo utilizando el protocolo MAIS – FCI.
3. Gestionar con la población y familiares prestaciones colectivas orientadas al adulto mayor.

**CAPÍTULO I**  
**MARCO TEÓRICO**

## **1. Marco institucional**

**1.1. Aspecto geográfico.** La Parroquia 16 de Agosto es una de las cuatro parroquias rurales del Cantón Palora en la Provincia de Morona Santiago, misma que se ubica en el sector este de dicho cantón. Su población se dedica a la agricultura de ciertos productos propios de la zona como es la yuca, caña de azúcar, banano, pitajaya y cacao; pero la gran mayoría de la gente trabaja en la ganadería y la piscicultura artesanal en la variedad de tilapia. El dispensario de Salud pertenece al Seguro Social Campesino, se ubica en la parte central de la parroquia.

**1.2. Dinámica poblacional.** Según el INEC, la parroquia 16 de Agosto cuenta con una población para el año 2011 de 947 habitantes, de los cuales el 62% son de sexo femenino, y el 38% son de sexo masculino. Toda la población pertenece al área rural y el número de afiliados adultos mayores en la actualidad es de cuarenta y un personas (3).

**1.3. Misión.** La Misión del Seguro Social Campesino, conforme a la ley de seguridad social, protege permanentemente a la población rural y pescador artesanal del Ecuador, en sus estados de necesidad, los riesgos y contingencias a los que son vulnerables, mediante la ejecución de programas de salud integral, discapacidad, vejez e invalidez y muerte de la población campesina con el fin de elevar el nivel y calidad de vida (4).

**1.4. Visión.** La Visión Institucional, régimen especial solidario del IESS, es el líder de la protección a la población campesina y pescador artesanal del país y reconocido promotor del desarrollo de comunidades y del mejoramiento permanente de la calidad de vida de sus afiliados (5).

**1.5. Organización y servicios que presta la institución.** El dispensario brinda atención en medicina general, odontología y primeros auxilios. En la actualidad se brindan diariamente ocho horas de atención, cinco días laborables cada semana, con dos días de atención integral en salud. La institución está dedicada a dar atención primaria en salud con el mejor de los tratos a sus beneficiarios, brindando calidad y calidez en la atención a cada paciente.

**1.6. Datos estadísticos de cobertura.** Epidemiológicamente se evidencia una media diaria de seis pacientes que pertenecen a la tercera edad y que acuden a control de sus enfermedades crónico-degenerativas. Así también en la actualidad existe una gran demanda de

pacientes con problemas respiratorios agudos, patologías que tienen una estrecha relación con la región donde se ubica el dispensario puesto que al poseer un clima tropical las lluvias son frecuentes conllevando a presentar dichas patologías.

Tabla 1. Principales causas de morbilidad del Dispensario SSC 16 de Agosto, año 2012

N.- Orden	Diagnóstico	Código	GRUPOS DE EDAD Y SEXO										TOTAL
			(-) 1 AÑO		1 A 5 AÑOS		6 A 15 AÑOS		16 A 49 AÑOS		50 Y + AÑOS		
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
1	Parasitosis intestinales, sin otra especificación	B82	0	0	8	10	9	7	6	7	3	6	56
2	Faringitis	J02	0	1	2	4	3	10	2	7	4	2	35
3	Rinofaringitis aguda (Resfriado común)	J00	1	0	5	8	0	2	3	7	4	1	31
4	Dermatofitosis	B35	0	0	0	2	2	4	2	12	4	4	30
5	Cistitis	N30	0	0	0	1	1	0	4	15	1	7	29
6	Amigdalitis aguda	J03	0	0	5	2	5	1	4	7	3	1	28
7	Dermatitis atópica	L20	0	0	3	5	3	2	1	4	1	6	25
8	Otras intoxicaciones alimentarias bacterianas	A05	0	1	6	4	1	3	2	0	2	4	23
9	Otras artritis	M13	0	0	0	0	0	0	1	4	6	7	18
10	Conjuntivitis	H10	0	0	0	2	2	1	3	3	3	1	15
11	Otras dorsopatías especificadas (Lumbalgia)	M53	0	0	0	0	0	0	1	6	7	1	15
12	Hipoacusia conductiva y neurosensorial	H90	0	0	0	0	0	1	2	5	4	0	12
13	Gonartrosis	M17	0	0	0	0	0	0	0	0	7	5	12
14	Gastritis y duodenitis	K29	0	0	0	0	1	1	1	3	1	4	11
<b>TOTAL</b>			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>29</b>	<b>38</b>	<b>27</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>80</b>	<b>50</b>	<b>59</b>	<b>350</b>

Fuente: Partes diarios SSC Dispensario 16 de Agosto

Al ser un dispensario ubicado en el sector rural y dedicado a la atención primaria en salud, las tres primeras causas de morbilidad son parasitosis intestinales, faringitis y rinofaringitis, dichas patologías tiene gran relación con el factor climático como ya se lo ha descrito previamente. También se evidencian patologías propias del adulto mayor como son artritis, lumbalgias y gonartrosis entre las primeras causas de morbilidad poblacional.

**1.7. Características geofísicas de la institución.** se trata de una unidad de salud de primer nivel, construido hace 30 años, de cemento armado con techo de eternit, al momento en malas condiciones debido al pasar del tiempo, ubicado en una zona de alto riesgo de sufrir eventos adversos con 3/3 (volcán, sismos, inundación, etc.); por lo que su infraestructura al momento necesita ser remodelado.

**1.8. Política institucional.** se fundamenta en el artículo 373 del Seguro Social Campesino, que forma parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, será un régimen especial del seguro universal obligatorio para proteger a la población rural y a las personas dedicadas a la pesca artesanal; se financiará con el aporte solidario de las personas aseguradas y empleadoras del sistema nacional de seguridad social, con la aportación diferenciada de las jefas o jefes de las familias protegidas y con las asignaciones fiscales que garanticen su fortalecimiento y desarrollo. El seguro ofrecerá prestaciones de salud y protección contra las contingencias de invalidez, discapacidad, vejez y muerte (6).

Los seguros públicos y privados, sin excepción, contribuirán al financiamiento del seguro social campesino a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Con éstas premisas el objetivo principal de la institución es proteger al habitante del sector rural y pescador artesanal a través de la entrega de prestaciones de salud y económicas a su población afiliada y mejorar sus condiciones de vida.

## **2. Marco conceptual**

### **2.1. Adulto mayor.**

Se han expuesto muchas definiciones sobre el término adulto mayor; así, se dice que es aquella persona que alcanza una edad en la que debe abandonar formalmente su trabajo. Algunos asocian al adulto mayor como una persona anciana, enferma, limitada, que ya no siente, no piensa, no sueña, no desea y solo espera la muerte.

Así también; existen muchas bibliografías que refieren sus definiciones en base a los años cumplidos por el adulto, unos hablan de 60 años en adelante y otros de 65 años en adelante. Sin embargo, es importante recordar que según el acuerdo de Kiev, de 1979 la OMS considera adultos mayores a las personas de más de 60 años para quienes viven en países en vías de

desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (7). Según los estudios demográficos de las Naciones Unidas, en el año 2000 el mundo se contaba con 590 millones de personas de sesenta o más años de edad y en el año 2025 serán 1100 millones, con un aumento del 224 por 100 en relación con las cifras de 1975. Dicha población habitará tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo (8).

Con los avances de la tecnología del siglo XX se ha logrado aumentar la expectativa de vida de la población, lo que ha traído como consecuencia una revolución demográfica, hecho para el cual pocos países se encuentran preparados. Podemos decir que los países desarrollados cuyo crecimiento poblacional de adultos mayores se desarrollaron en forma gradual, está en mayor capacidad de adaptarse.

Mientras que países como el nuestro que aún se encuentran en vías del desarrollo vivimos en la inmediatez, por ende escasamente podemos afrontar la situación actual ya que no se han contemplado las políticas necesarias para cambiar la realidad, sin embargo de a poco se evidencian algunas estrategias incluidas en ciertos ministerios para enfrentar este nuevo y arrollador desafío con los adultos mayores, más aun teniendo en mente el crecimiento de la población que en el año 2025 llegará a ser cuatro veces mayor a lo esperado (9).

## **2.2. Calidad de vida del adulto mayor.**

La calidad de vida es el eje de las intervenciones, en conjunto con el enfoque centrado en la persona y nuestro caso al adulto mayor. El concepto de calidad de vida está ligado al de la calidad de los servicios y las intervenciones, de ahí la importancia de considerar los factores psicosociales en los cuidados para personas que están experimentando pérdida de autonomía. Los residentes, sus familias, los administradores y prestadores de servicios, son los actores claves en la creación de un medio de calidad, el que no puede disociarse de la calidad de los vínculos sociales y emocionales que se establecen y de la forma en que el medio físico debe adaptarse.

Durante los últimos años la organización de los servicios sociales y de salud se ha transformado de forma de privilegiar lo mejor posible la prestación de cuidados y servicios para las personas adultas mayores que experimentan pérdida de autonomía. Esto se traduce en la puesta en

marcha de todos los medios posibles para permitir a los adultos mayores vivir el máximo tiempo posible en su residencia habitual, ofreciendo servicios a domicilio y a través de la comunidad (10).

### **2.3. Envejecimiento.**

El envejecimiento es un proceso normal de todos los individuos en donde se presenta una disminución del 25 al 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, conllevando a una alteración en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica. Así también; aumenta la vulnerabilidad a presentar enfermedades crónico-degenerativas, que sumadas a la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas transitorias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud de la persona mayor aumente el riesgo de pasar desde la independencia a la dependencia (11).

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 e individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo. Con lo expuesto ultimamos que la funcionalidad es el principal indicador del estado de salud de las personas adultas mayores (12).

### **2.4. Envejecimiento fisiológico y patológico.**

El envejecimiento fisiológico se considera un hecho normal, siempre que posibilite el disfrute de una buena calidad de vida, adaptada a las diferentes situaciones funcionales y orgánicas que acontecen a lo largo de la existencia. Cuando se instauran una o varias enfermedades en el proceso fisiológico de envejecimiento y modifica el curso del mismo, se habla de envejecimiento patológico.

En el adulto mayor se produce un cambio en la manifestación de las enfermedades, los signos y síntomas clásicos esperables en otras edades frente a las mismas enfermedades son diferentes. En la vejez la expresión de las enfermedades, suele ser más oculta, atípica y los síntomas se modifican; por ejemplo, aumenta el umbral del dolor, cambia la regulación de la temperatura y el balance hidro-electrolítico, se modifican los mecanismos compensatorios como

taquicardia y taquipnea, incluso en algunas ocasiones, existiendo compromiso los signos y síntomas clásicos aparecen normales (13).

## **2.5. Envejecimiento y sociedad.**

El envejecimiento de la población se está convirtiendo en una de las dificultades más importantes para la investigación, docencia y práctica biomédica. La tendencia demográfica hacia el envejecimiento de la población se manifiesta en un aumento en el porcentaje de personas mayores de 65 años, un incremento en el número absoluto de personas mayores y un aumento de la esperanza de vida. Esto determina el crecimiento de la población anciana en la actualidad (14).

El término de envejecimiento es aplicable a un individuo o a una población en su conjunto, no obstante existen diferencias en ambas aplicaciones. Un individuo envejece al aumentar su edad cronológica de vida, pasando por varias etapas enmarcadas estadísticamente, mientras que una población envejece cuando aumenta considerablemente la proporción de personas clasificadas como de edad avanzada del total de la población, dicho de otra manera la población no envejece necesariamente con el transcurrir del tiempo (15).

Se han realizado estudios gerontológicos cuyos resultados han originado la llamada práctica gerontológica que consiste en varias modalidades de intervención y acercamiento profesional a los ancianos, ayudando de esta manera a transformar actitudes en los mismos ancianos, familiares y comunidad hacia el proceso del envejecimiento (16).

Lo anterior nos indica un nuevo campo de acción profesional dentro del trabajo social, reconocida como Trabajo Social Gerontológico, que requiere de un abordaje multidisciplinario del envejecimiento y exige sea reconocida y aplicada en los países donde el envejecimiento poblacional lo demanda. El creciente interés en entender el proceso del envejecimiento ha motivado la aparición de un campo científico interdisciplinario de la Gerontología la cual se define como el estudio científico de los asuntos biológicos, psicológicos y sociales de la vejez (17).

La Gerontología es la disciplina que aborda sistemáticamente la vejez, el envejecimiento y las personas viejas. Se refiere a como la vejez afecta al individuo y cómo la población anciana

cambia la sociedad. Así también; la gerontología dirige su atención a tres dimensiones de la vejez; la dimensión biológica se ocupa del estudio de los cambios de la apariencia física, la declinación gradual del vigor y la pérdida de habilidad física para resistir enfermedades. La dimensión psicológica trata los cambios sensoriales y perceptuales, las destrezas motoras, el funcionamiento mental (memoria, aprendizaje e inteligencia), la personalidad, los impulsos y las emociones que caracterizan a esta edad cronológica (18).

Un aspecto importante que hay que destacar es el envejecimiento social el mismo se refiere a los hábitos sociales, a los papeles cambiantes y las relaciones en el ámbito social con familiares y amigos, a las relaciones de trabajo y al conjunto de relaciones espirituales. Usualmente la persona experimenta una reducción en sus interacciones sociales importantes, El medio social varía, de forma considerable determina el significado de la vejez para una persona y esa experiencia de envejecer será positiva o negativa. Cada una de las dimensiones biológica, psicológica y social, están relacionadas entre sí en las personas de edad avanzada.

## **2.6. Situación de los adultos mayores en Ecuador.**

A través del tiempo se ha visto en el Ecuador cambio en la demografía poblacional; así, en años pasados la proporción de personas de edad avanzada era relativamente baja, lo que reflejaba la corta esperanza de vida de la población. Esta realidad ha ido cambiando como resultado de la disminución de los niveles de mortalidad. Hoy en día una creciente parte de la población alcanza edades avanzadas.

Junto a la caída de fecundidad, se ha reducido la proporción de niños, niñas y jóvenes, por tanto; el envejecimiento de la población se ha generalizado. Ecuador se ubica en la fase de transición demográfica. Con una tasa de fecundidad del 2,6 por ciento, una esperanza de vida de 75 años y una proporción de 5,7 por ciento de personas adultas mayores, se espera que para el año 2050 la población mayor a 60 años llegue a más de tres millones de personas. Según la encuesta nacional de salud y envejecimiento SABE, la población de personas adultas mayores (60 años de edad en adelante) en Ecuador fue de 1'156.117 en el año 2009. La edad media de las personas adultas mayores es de 71,3 años, tanto para hombres como para mujeres (19).

El cambio en la pirámide poblacional implicará que la población en edades laborales y adultas aumentará, la generación de nuevos empleos adecuados y de calidad se hace indispensable, así como la necesidad de formar, educar y capacitar a esta población. Al mismo tiempo, los que en número creciente llegan a la tercera edad, también requieren servicios especializados en salud, seguridad social, accesibilidad arquitectónica y urbanística, así como una nueva concepción de ocupaciones para aprovechar socialmente sus potencialidades creativas, situación que demandará mayor presupuesto por parte del estado para garantizar el cumplimiento de programas y proyectos dirigidos a este grupo etario (20).

La edad se acompaña de una serie de circunstancias fisiológicas, económicas y sociales que contribuyen a afectar de manera adversa el estado de salud de la población anciana, se trata de un colectivo que no sólo presenta una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, sino que suele tomar diversos fármacos y, en general, lleva una vida muy sedentaria, factores todos que contribuyen a alterar el estado de salud.

## **2.7. Situación legal de los adultos mayores.**

*Constitución del Ecuador 2013, Capítulo tercero (Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria), Sección primera (Adultas y adultos mayores)*

*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 las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas (21).

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
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 (22).

## **2.8. Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural.**

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas del MSP que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud (23).

Lo que se pretende con el modelo es la integración y consolidación de la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales (24).

El grupo etario de los adultos mayores está creciendo en la pirámide de población o distribución por edades en la estructura de la población, por ello la importancia de dirigir los nuevos proyectos de acción hacia este importante grupo etario. Por esta razón el MAIS-FCI pretende interrelacionarse con el adulto mayor garantizando a los mismos el acceso a los servicios de y

en salud mediante la implementación de un conjunto de acciones integrales e integradas en un modelo de atención definido sobre la base de necesidades de la población, teniendo en cuenta el ciclo de vida, de género, generacional, riesgos y criterios epidemiológicos, una programación territorial, asignación de recursos vinculados a metas de calidad y productividad, factores socio-económicos, la interculturalidad y promoción de la salud, donde los equipos básicos de salud son los gestores de la salud de la población.

El IESS con su resolución 308 ha propuesto algo similar al MSP una guía de reorientación y fortalecimiento de los servicios de salud de la seguridad social con enfoque individual, familiar, comunitario y en red plural, mismo que busca reorientar y fortalecer los servicios de salud del IESS no solo a nivel primario sino en todos los niveles de atención y complejidad hacia un enfoque integral, individual y familiar de los problemas de salud basado en la estrategia de Atención Primaria renovada (APSr); estableciendo al primer nivel de atención como puerta de entrada obligada al sistema de servicios de salud y con un funcionamiento de red plural para garantizar el derecho a la salud de los beneficiarios y sus familias.

Por las similitudes en los modelos de estas dos instituciones se ha realizado un análisis y los hemos complementado una a otra en cuanto se refiere a las prestaciones dirigidas exclusivamente hacia los adultos mayores; esto con el fin de proponer un programa avanzado que contemple actividades que beneficie en mayor proporción a nuestros paciente afiliados que pertenecen al grupo en estudio.

**CAPÍTULO II**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

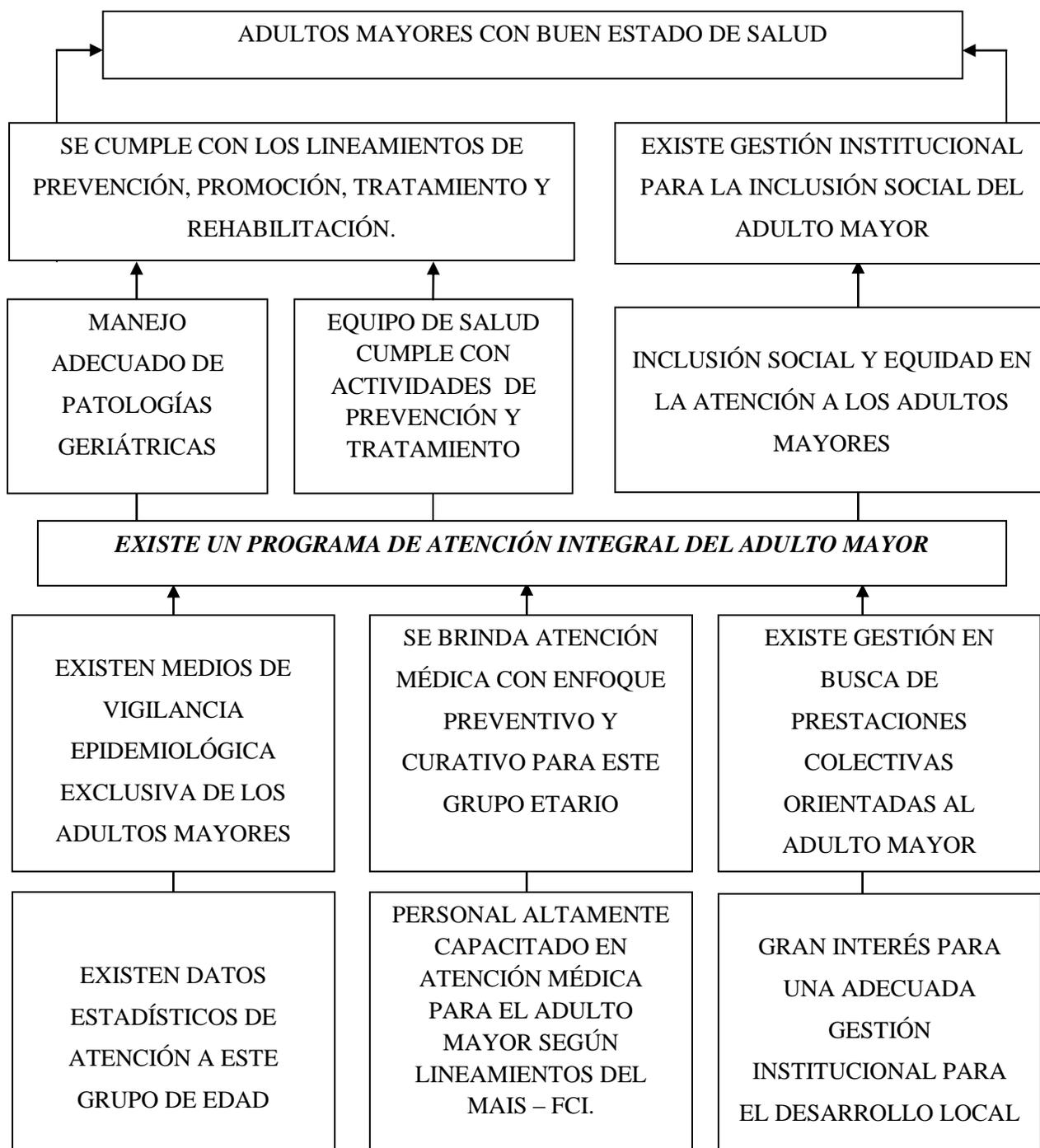
## 2.1. Matriz involucrados

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERÉSES	RECURSOS Y MANDATOS LEGALES	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Adultos Mayores	<p>Recibir una atención médica de calidad.</p> <p>Envejecimiento digno con mejor calidad de vida.</p>	<p>Recursos Humanos.</p> <p>Recursos Materiales.</p> <p>Medir nivel de satisfacción de la atención médica.</p> <p>Mandato:</p> <p>Leyes en beneficio del Adulto Mayor</p>	<p>Poca información.</p> <p>No se maneja el perfil epidemiológico.</p> <p>Dificultad para acceder a una atención médica diferenciada.</p>
Personal de Salud.	Conocer e implementar todas las actividades preventivas y curativas del MAIS – FCI encaminadas hacia atención del adulto mayor.	<p>Recursos Humanos.</p> <p>Recursos Materiales.</p> <p>Mandato: Marco legal de atención del Adulto Mayor</p>	<p>Poco interés en la atención de los adultos mayores.</p> <p>Poco conocimiento del MAIS – FCI</p> <p>Ausencia de actividades de promoción, prevención y rehabilitación.</p>
<p>Equipo de salud del Dispensario del Seguro Social Campesino “16 de Agosto”</p> <p>UTPL</p> <p>Maestrante</p>	Fortalecer las funciones de atención médica del Adulto Mayor.	<p>Recursos Humanos y Materiales.</p> <p>Mandato:</p> <p>Leyes en beneficio del Adulto Mayor</p>	Baja demanda de pacientes de este grupo etario.

## 2.2. Árbol de problemas



### 2.3. Árbol de objetivos



## 2.4. Matriz de marco lógico

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p><b>FIN</b></p> <p>Adultos Mayores con buen estado de salud.</p>	<p>El 75% de adultos mayores afiliados que gozan de buen estado de salud.</p>	<p>Monitoreo con encuestas y entrevistas.</p> <p>Partes Diarios de atención médica.</p>	<p>Participación del personal activa y propositiva.</p>
<p><b>PROPÓSITO</b></p> <p>Implementar el Modelo de Atención Integral del adulto mayor en el Dispensario del SSC “16 de Agosto”</p>	<p>El 100% de cumplimiento de los indicadores de las actividades del MAIS – FCI.</p>	<p>Reportes mensuales del alcance de cada indicador según actividades de atención integral.</p>	<p>Participación del personal activa y propositiva.</p> <p>Grupo de trabajo actuando.</p>
<p><b>RESULTADOS</b></p> <p><b>1.</b> Elaboración de medios de vigilancia epidemiológica exclusiva del Adulto Mayor.</p>	<p>Porcentaje de las 10 primeras causas de morbi – mortalidad durante el primer semestre año 2012.</p>	<p>Revisión de partes diarios, historias clínicas, concentrados mensuales</p>	<p>Personal de la Institución.</p>
<p><b>2.</b> Atención médica con enfoque preventivo y curativo utilizando el protocolo MAIS – FCI.</p>	<p>Cumplimiento del 100% de las actividades con enfoque preventivo y curativo propuestas en el protocolo en seis meses</p>	<p>Historias clínicas.</p> <p>Partes diarios.</p> <p>Fotografías.</p> <p>Informes.</p>	<p>Personal de la Institución.</p>
<p><b>3.</b> Gestión con la población y familiares para brindar prestaciones colectivas orientadas al adulto mayor.</p>	<p>Cumplimiento del 100% de las intervenciones sobre hábitos – comportamientos saludables en seis meses</p>	<p>Oficios</p> <p>Solicitudes</p> <p>Fotografías</p> <p>Firmas de asistencia a los talleres</p> <p>Informes</p>	<p>Participación del personal comunitario activa y propositiva.</p>

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>PRESUPUESTO \$</b>
<b>A1</b>			
1.1. Clasificación de documentos físicos e informáticos de los adultos mayores.	Autor del Proyecto. Equipo de Salud del Dispensario	Julio 2012	Computadora Impresora Carpetas 150\$
1.2. Levantamiento de Historias Clínicas Geriátricas.	Autor del Proyecto. Equipo de Salud del Dispensario	Julio 2012	Papel adhesivo Computadora Impresora Carpetas 50\$
1.3. Elaboración del Perfil Epidemiológico de este grupo etario.	Autor del Proyecto Equipo de Salud del Dispensario	Julio 2012	Papeles Computadora Partes diarios 50\$
<b>A2</b>			
2.1. Reunión con la comunidad para la socialización del Programa MAIS – FCI	Autor del Proyecto	Julio 2012	Computadora Material didáctico y de oficina 30\$
2.2. Reunión con el equipo de salud para el análisis y evaluación de la morbimortalidad del adulto mayor	Equipo de Salud del Dispensario	Julio 2012	Concentrados mensuales Perfil epidemiológico Materiales de oficina
2.3. Ejecución de los lineamientos del protocolo MAIS - FCI	Autor del Proyecto Personal de Salud del Dispensario	Julio - Diciembre 2012	Historias clínicas Insumos y medicamentos

dirigidos al adulto mayor			Materiales de Diagnóstico 20\$
<b>A3</b>			
3.1. Reunión con la colectividad para la socialización sobre la resolución 308 del IESS.	Autor del Proyecto	Julio - Agosto 2012	Computadora Material didáctico y de oficina 75\$
3.2. Ejecución de las prestaciones colectivas dirigidos al adulto mayor mediante talleres educativo-prácticos	Autor del Proyecto Personal de Salud del Dispensario	Julio - Diciembre 2012	Historias clínicas Computadora Material didáctico y de oficina 25\$
3.3. Promoción de actividad física mediante la práctica de sesiones de bailoterapia	Autor del proyecto.	Julio - Diciembre 2012	Equipo de amplificación. Cd de música apta para bailo terapia. Espacio físico 10\$

**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS**

### 3.1. Resultado 1

A fin de cumplir con los objetivos planteados en forma progresiva, se procedió a identificar la muestra de estudio al que va dirigido el presente trabajo; y encontramos que son 41 adultos mayores afiliados a la Organización del Seguro Social Campesino “16 de Agosto”, de los cuales 20 personas corresponden al sexo masculino y 21 al sexo femenino.

Una vez identificada la muestra y clasificada la información por medio de historias geriátricas se procedió a la elaboración del perfil epidemiológico exclusivo de dicho grupo etario, esto se consiguió revisando las historias clínicas de forma individual, verificando las patologías por las que acudieron a la unidad de salud por primera ocasión en el año durante el primer semestre del año 2012, herramienta útil para conocer la realidad epidemiológica de las 10 primeras causas de morbi – mortalidad de dicho grupo etario como se muestra a continuación:

Tabla 2. Perfil epidemiológico del adulto mayor del Dispensario del SSC “16 de Agosto” primer semestre año 2012

N.- Orden	Diagnóstico	Código	GRUPO DE EDAD Y SEXO			
			65 Y + AÑOS		TOTAL	
			M	F	N°	%
1	Poliartrosis	M15	3	5	8	19
2	Artritis	M13	3	4	7	16
3	Gastritis y duodenitis	k29	2	3	5	12
4	Faringitis	B82	2	2	4	9
5	Otras dorsopatías especificadas (Lumbalgia)	M53	3	1	4	9
6	Rinofaringitis aguda	J00	2	2	4	9
7	Cistitis	N30	0	4	4	9
8	Hipertensión esencial primaria	I10	2	1	3	7
9	Dermatofitosis	B35	1	1	2	5
10	Cefalea	R51	0	2	2	5
<b>TOTAL</b>			<b>18</b>	<b>25</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas Geriátricas SSC Dispensario 16 de Agosto

Por medio de la tabla anterior se conoció que la patología que más sufría éste grupo etario fue la poliartrosis con un 19% del total de las patologías y dentro de éstos la localización más común en los pacientes fueron las rodillas, por lo que la gonartrosis se convirtió en una de las

mayores limitantes para la deambulaci3n en estos pacientes. Es de recalcar que la segunda patologa m1s frecuente con un 16% se trata de otra correspondiente al tipo degenerativo como se trata de la artritis; estas enfermedades dificultan acudir por cuenta propia a los pacientes hacia el dispensario y evidencia en estos casos la gran importancia de las visitas domiciliarias.

### 3.2. Resultado 2

El personal de salud del dispensario dirigi3 su trabajo a brindar atenci3n hacia los adultos mayores con enfoque preventivo y curativo utilizando el protocolo MAIS – FCI, para el mismo fue necesario realizar ciertas reuniones con la comunidad para la capacitaci3n directa del equipo de salud hacia toda la poblaci3n acerca del tema, puesto que para la ejecuci3n de los lineamientos del protocolo antes referido cumplen un papel fundamental la colectividad que cotidianamente rodea y apoya a las personas de este grupo etario.

#### SOCIALIZACI3N A LA COMUNIDAD DEL MODELO DE ATENCI3N INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL



Asi tambi3n, trascendental importancia tuvo el an1lisis y evaluaci3n del perfil epidemiol3gico previamente realizado, ya que al conocer dicho perfil se logr3 preparar todo lo necesario en materiales, insumos y medicamentos para dirigir el trabajo del equipo de salud hacia el cumplimiento de todos los lineamientos del MAIS – FCI en base a la prevenci3n y tratamiento de las mismas y de las enfermedades prevalentes en la comunidad.

Finalmente el trabajo fue dirigido hacia la ejecución de los lineamientos del protocolo MAIS - FCI dirigidos al adulto mayor logrando de esta manera cumplir el 100% de las actividades propuestas en dicho protocolo; entre las cuales tenemos la valoración preventiva integral con identificación de factores de riesgo, diagnóstico de patologías más frecuentes de tipo geriátrico entre los que se encuentran la fragilidad, dependencia funcional, salud bucal, violencia, adicciones, hipertensión arterial, diabetes, hipertrofia prostática, problemas visuales y diversas patologías incapacitantes.

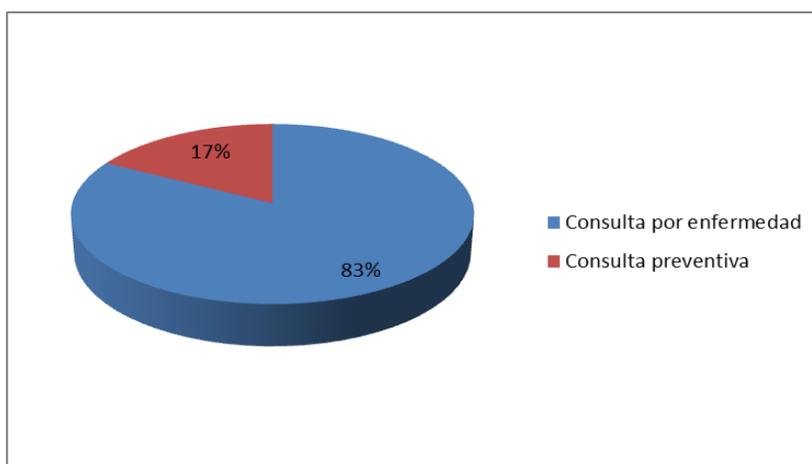


Figura 1. Porcentaje de la cobertura de la población para consulta preventiva

Fuente: Partes diarios SSC Dispensario 16 de Agosto

Según la norma del MAIS – FCI, la cobertura a alcanzar en las consultas preventivas es el 10 %, sin embargo en la unidad de salud de un total de 41 consultas se ha contabilizado a 7 pacientes que han acudido exclusivamente a consultas de tipo preventivo correspondiendo al 17 % del total de consultas de los adultos mayores por primera vez en el año. Así también, se ha dirigido el trabajo a la identificación y captación de la población hipertensa dentro de los cuales se han identificado 11 pacientes hipertensos que corresponden al 27% de la población adulta mayor en contraste con el 5% propuesto por el MAIS - FCI; se los ha clasificado según el sexo obteniendo el siguiente resultado:

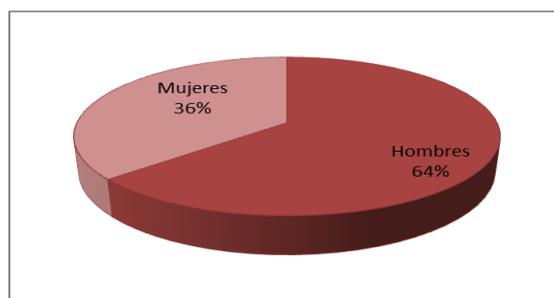


Figura 2. Porcentaje de adultos mayores Hipertensos según sexo

Fuente: Partes diarios SSC Dispensario 16 de Agosto

Como se puede evidenciar en la gráfica anterior existen en mayor porcentaje pacientes del sexo masculino con hipertensión arterial, con un 64% que corresponde a 7 pacientes hipertensos de un total de 11 pacientes diagnosticados de dicha patología.

Siguiendo los lineamientos del MAIS – FCI, también se ha identificado y captado la población diabética dentro de los cuales se han identificado 8 pacientes diabéticos que corresponden al 20% de la población adulta mayor; en contraste con el 3% propuesto por dicho modelo, de igual manera se los ha clasificado según el sexo obteniendo el siguiente resultado:

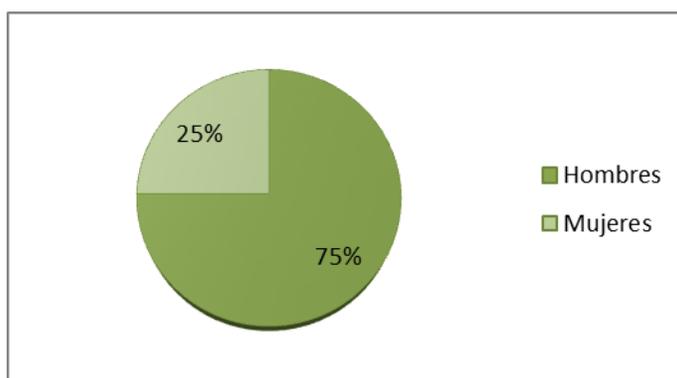


Figura 3. Porcentaje de adultos mayores Diabéticos según sexo

Fuente: Partes diarios SSC Dispensario 16 de Agosto

El mayor porcentaje de pacientes diabéticos corresponde al sexo masculino, que con 6 pacientes da lugar al 75% del total de pacientes con dicha patología. A su vez; dentro del trabajo realizado por el equipo de salud se ha identificado a 5 adultos mayores con discapacidad; de estos, a 2 pacientes discapacitados se le realizaron calificación para la posterior carnetización y a 3 pacientes se les realizó la recalificación. Las patologías causantes

de discapacidad señalamos en la siguiente tabla según el sexo donde en mayor número encontramos al sexo masculino como se muestra a continuación:

Tabla 3. Número de adultos mayores discapacitados según patología y sexo

PATOLOGÍA	SEXO			
	Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%
Gonartrosis severa	1	20	0	0
Hemiplejía de Miembros Inferiores	1	20	0	0
Sordera Bilateral	1	20	0	0
Ceguera	1	20	0	0
Displasia de cadera	0	0	1	20
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>80</b>	<b>1</b>	<b>20</b>

Fuente: Partes diarios e Historias Clínicas SSC Dispensario 16 de Agosto

Se realizó tacto rectal al 5% de la población masculina adulta mayor en contraste con el 1% planteado por el modelo de atención y se realizó al 100% la búsqueda de Antígeno Prostático Específico (PSA) en búsqueda de Hipertrofia Prostática Benigna (HPB), cuyos resultados reportaron:

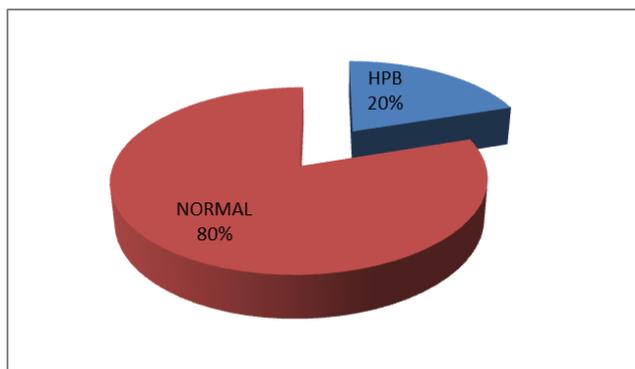


Figura 4. Diagnóstico de Hipertrofia Prostática Benigna por medio de Antígeno Prostático Específico

Fuente: Partes diarios e Historias Clínicas SSC Dispensario 16 de Agosto

Cuatro de 20 pacientes masculinos presentaron HPB por medio de la valoración de PSA de rutina, mismos que fueron derivados hacia el servicio de Urología para su control respectivo. A dichos pacientes se les realizó el respectivo eco prostático mismo que en todos los casos concluía que los pacientes poseían HPB Grado II.

Se realizó tamizaje ocular por medio de interconsultas remitidas directamente a la especialidad de Oftalmología en 4 pacientes correspondiendo al 10% similar a lo que propone el MAIS – FCI. Dichas interconsultas se los envió exclusivamente a pacientes con patologías oftalmológicas ya que por motivos de transporte la movilidad de los pacientes se dificulta para realizar dicho tamizaje de manera rutinaria directamente con un especialista.

### **3.3. Resultado 3.**

A fin de dar cumplimiento al tercer objetivo se realizó una reunión con la comunidad para la capacitación directa a la población a cerca de la Resolución 308 del IESS. Puesto que toda la población es la encargada de la inclusión social del adulto mayor hemos dedicado gran esfuerzo para realizar las gestiones necesarias con la población, autoridades gubernamentales y familiares de los adultos mayores en busca de prestaciones colectivas orientadas hacia ellos.

Se ejecutaron las prestaciones colectivas dirigidas al adulto mayor mediante talleres educativo-prácticos con lo que se ha cumplido con el 100% de las intervenciones sobre hábitos y comportamientos saludables. Entre las prestaciones colectivas que se realizaron se encuentran talleres de educación alimentaria, talleres prácticos y educativos de higiene buco – dental, promoción y práctica de actividad física programada (bailoterapia) y visitas domiciliarias de salud familiar integral dirigidos a la identificación de los diversos factores de riesgo familiar y detección de malos tratos y violencia al adulto mayor. A continuación se detallan el número de prestaciones realizadas por el equipo de salud:

Tabla 4. Número de prestaciones realizadas por el equipo de salud hacia los adultos mayores

<b>PRESTACIÓN COLECTIVA</b>	<b>NORMA SEGÚN RESOLUCIÓN 308</b>	<b>N° DE PRESTACIONES REALIZADAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Educación alimentaria y nutricional	2 talleres al año	2	<b>100%</b>
Higiene buco dental	2 talleres al año	2	<b>100%</b>
Promoción de actividad física	SN	3	-
Visita domiciliaria integral	SN	18	-

Fuente: Registro de asistencia a los talleres educativos

Así se cumplió con el 100% de las intervenciones sobre hábitos y comportamientos saludables realizando dos talleres de educación alimentaria - nutricional y dos talleres educativos y prácticos de higiene buco – dental, debemos hacer mención que a dichos talleres acudieron un total de 30 adultos mayores, teniendo un ausentismo de 11 personas como muestra la siguiente gráfica:

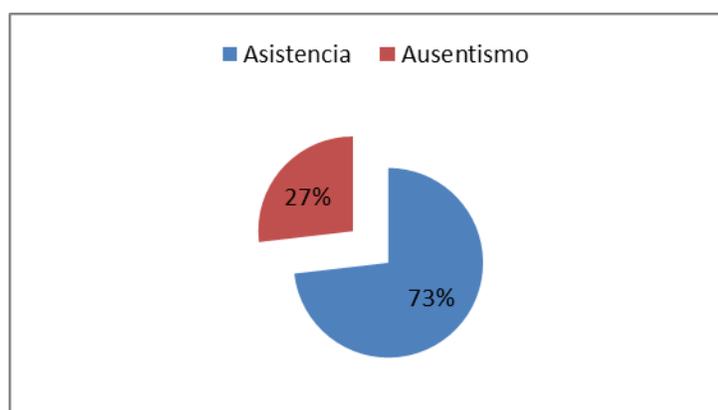


Figura 5. Asistencia a talleres educativos

Fuente: Registro de asistencia a los talleres educativos

Se realizaron un total de 18 visitas de salud familiar integral dirigidas hacia personas de éste grupo etario, con lo que se pudo evidenciar el mejoramiento progresivo de su estado de salud; pues se ha logrado realizar el 100% de los lineamientos propuestos en el MAIS – FCI.

## VISITAS DE SALUD FAMILIAR INTEGRAL



Se gestionó la promoción de actividad física en coordinación con las autoridades del Seguro Social Campesino Grupo de Trabajo Pastaza y los representantes de la organización 16 de Agosto donde en asamblea se acordó *institucionalizar* la práctica de bailoterapia a cargo del personal del Dispensario de dicha localidad, dirigido hacia la comunidad en especial hacia los adultos mayores.

## BAILOTERAPIA COMUNITARIA



## CONCLUSIONES

1. La ejecución del programa de atención integral para el adulto mayor incluido en el protocolo de atención del MAIS – FCI ayudó a mejorar el estado de vida de este grupo etario y al cumplir con sus estrategias se logró su inclusión social con lo que se evidenció que los adultos mayores mejoraron sustancialmente su autoestima y de la mano su calidad de vida.
2. El medio de verificación epidemiológico más adecuado dirigido a los adultos mayores es el perfil epidemiológico, mismo que muestra la realidad de este grupo etario, observamos que estos pacientes sufren en mayor proporción de enfermedades crónico degenerativas articulares, pues la poliartrrosis se presenta en el 19% de los adultos mayores, dejándolo en segundo lugar a la artritis con un 16%.
3. La mejor estrategia para asegurar una población sana a futuro sin dudar es el trabajo preventivo, es así que el 83% de las consultas brindadas fueron de tipo preventivo y apenas el 17 % fueron atenciones por enfermedad, donde se logró identificar a 11 pacientes hipertensos, 8 diabéticos, 5 adultos mayores con algún grado de discapacidad y 4 pacientes masculinos con hipertrofia prostática benigna a los cuales se les brindó atención curativa y rehabilitadora que ayudaron a mejorar el estado de salud de este grupo etario, incentivando su inserción laboral y social dentro de la comunidad.
4. Las prestaciones colectivas orientadas a los adultos mayores ayudó a potencializar la gerencia institucional, puesto que fue necesario la coordinación interinstitucional para dar cumplimiento a las mismas; así, se realizaron 4 talleres educativos y prácticos de alimentación e higiene buco dental. Se incentivó la práctica de actividad física logrando institucionalizar la bailoterapia comunitaria. Se realizaron 18 visitas domiciliarias dirigida exclusivamente a este grupo etario interviniendo sobre los hábitos y comportamientos saludables logrando mejorar los mismos en pos de una buena salud.

## RECOMENDACIONES

1. Para mejorar el estado de salud y la calidad de vida del adulto mayor se recomienda plantear lineamientos institucionales de acción exclusivos para este grupo etario, mismos que podrán ser ejecutados por cualquier miembro del equipo de salud, sin dejar de lado momentos de atención integral dirigidos hacia ellos.
2. Realizar bimestralmente el perfil epidemiológico exclusivo de los adultos mayores, para planificar las labores preventivas y curativas teniendo en cuenta los resultados obtenidos.
3. Se recomienda la integración al equipo de trabajo a un profesional Promotor/Educador para la salud itinerante, quien ayudará de buena manera con la labor preventiva no solo con este grupo vulnerable sino con la población entera.
4. Es importante continuar coordinando interinstitucionalmente en post de una comunidad sana, por esta razón se recomienda realizar reuniones de trabajo de forma periódica con representantes institucionales del MIES, Junta Parroquial, MSP, Ministerio del Deporte; entre otros, para continuar de forma imparable con las prácticas de hábitos y comportamientos saludables incluyendo al ejercicio físico como parte de estas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chiavenato, I. (2011). Administración de Recursos Humanos. (8th ed.) México: McGraw – Hill.
2. Constitución 2008. La Salud en la nueva constitución 2008. Artículo 15 Derechos del buen vivir, sección segunda ambientes sanos.
3. Kasper, D. (2010). Principios de Medicina Interna. España: Ediciones Perrado.
4. Herrera, M. (2007). Alcance conceptual del Modelo de Atención Integral de Salud. Ecuador: Ediciones América.
5. Ministerio de Salud. (2009) Análisis de la Situación de Salud. Costa Rica: América Central.
6. Ministerio de Salud Pública. (2009). Manual de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. (1th Ed.) Ecuador: Ediciones Pasteur.
7. Ministerio de Salud Pública. (2012). Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador. Quito.
8. Pineda, E., Alvarado, E. (2008). Metodología de la Investigación. Washington: Ediciones Organización Panamericana de la Salud.
9. Sacoto, F. (2011). La Atención de la salud en el Ecuador. Ecuador: Ediciones Fuente.
10. Censo Poblacional. (s. f.). En La mortalidad en América Latina. Recuperado de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/33265/OD-4-mortalidadenAL.pdf>
11. Instituto Nacional de Encuestas y Censos. (s. f.). (2011). Población, superficie (km<sup>2</sup>), densidad poblacional. Recuperado de [http://www.inec.gob.ec/...CPV/2\\_ Densidad\\_ Pobl\\_Nac\\_ Prov \\_ Cant\\_Parr.XLSX](http://www.inec.gob.ec/...CPV/2_ Densidad_ Pobl_Nac_ Prov _ Cant_Parr.XLSX)
12. Puertas, B. (2009). Ejes de la Transformación del Sector Salud en el Ecuador. Recuperado de [http://www.opsecu.org/transalud/ documentos/ Transformacion\\_benjamin.pdf](http://www.opsecu.org/transalud/ documentos/ Transformacion_benjamin.pdf)
13. Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). (2010). Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Ecuador. Recuperado de <http://www.lachsr.org/ documents/ perfildelesistemadesalud deecuador-ES.pdf>
14. Escuela de Salud Pública. (s. f.). (2008). Bases para la Atención Médica Integral en el Primer Nivel de Atención. Recuperado de <http://www.cendeiss.sa.cr/modulos/AISmodulo1.pdf>
15. Doménech, D. (2007). Modelo de Atención Integral a la Salud. Recuperado de <http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/monografias/MonografiaModAtenInt.PDF>.

16. Ministerio de Salud Pública. (s. f.). (2010). Situación Actual del Proceso de Implantación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS - FCI). Recuperado de [http://www.msp.gob.ec/images/Documentos/Programas/Modelo\\_de\\_Atencion/RESUMEN\\_EJECUTIVO\\_MODELO\\_SALUD\\_2010.pdf](http://www.msp.gob.ec/images/Documentos/Programas/Modelo_de_Atencion/RESUMEN_EJECUTIVO_MODELO_SALUD_2010.pdf).
17. Ministerio de Salud Pública. (s. f.). (2008); Modelo de Atención Integral de Salud. Recuperado de <http://www.msp.gob.ec>.
18. Ministerio de Salud Pública. (s. f.). (2008). Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural. Recuperado de <http://s3.amazonaws.com/lcp/leonvillav/myfiles/ministerio-de-salud-publica.pdf>
19. Direcciones generales de salud de las personas y promoción de la salud. (s. f.). (2011). Modelo de Atención Integral de Salud. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/MAIS/mais.asp>.
20. Ministerio de Salud Pública. (s. f.). (2010). Programa Nacional del Adulto Mayor. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5682,21570>
21. Centro Gerontológico. (s. f.). (2010). Programa integral de atención al adulto mayor - ministerio de salud pública del ecuador. Recuperado de [http://es-es.facebook.com/note.php?note\\_id=137393172944904](http://es-es.facebook.com/note.php?note_id=137393172944904)
22. Constitución del Ecuador. (s. f.). (2012). Constitución de la República del Ecuador. Recuperado de <http://www.utn.edu.ec/web/portal/images/doc-utn/constitucion-ecuador.pdf>
23. Ministerio de Inclusión Social. (s. f.). (2010). Proyecto alimentario nutricional para el adulto mayor. Recuperado de <http://www.alimentateecuador.gob.ec/images/documentos/Proyecto%20Alimentario%20Nutricional%20para%20el%20AM.pdf>
24. Salud. (s. f.). (2010). Normas y Protocolos de Atención Integral a Adultos Mayores. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/83009322/Normas-y-Protocolos-de-Atencion-de-LosAdultosMayores-3>
25. Salud Pública. (s. f.). (2008). Guía para la Adecuación Cultural de los servicios de Salud. Recuperado de [http://www.Herbo.geminis.com/IMG/pdf/salud\\_ecuador.pdf](http://www.Herbo.geminis.com/IMG/pdf/salud_ecuador.pdf)
26. Temoche, L. (2008). MAIS Adulto Mayor. Recuperado de <http://es.scribd.com/grupo9Peralvillo/d/21514075-MAIS-Adulto-Mayor>
27. Barzola, C. (2011). Atención Integral de salud en las personas Adultas Mayores. Recuperado de <http://www.slideshare.net/peralvillo7/mais-adulto-1919649>.
28. Salud. (s. f.). (2008). Adulto Mayor. Recuperado de <http://www.docstoc.com/docs/104944076/MAIS-ADULTO-MAYOR>.

29. Wonca, A. (2012). III Congreso Regional de Medicina Familiar, X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud "Fortaleciendo la Medicina Familiar y la APS en los Sistemas de Salud: Llamado para el Siglo XXI" Recuperado de <http://www.cimfcuba.com/ProgramaCientfico.pdf>.
30. Consejo de Desarrollo Social. (s. f.). (2007). Programa de Atención al Adulto Mayor. Recuperado de [http://www.nl.gob.mx/pics/pages/cuadernos\\_cds\\_base/libro\\_programaadultomayor.pdf](http://www.nl.gob.mx/pics/pages/cuadernos_cds_base/libro_programaadultomayor.pdf).
31. Sanidad. (s. f.). (2007). Guía Nacional de Operativización del Modelo de atención Integral. Recuperado de <http://www.hospitalhual.gob.pe/imagenes/biblioteca/MAIS/GUIA%20PARA%20MAIS.pdf>.

## ANEXOS

### Anexo 1.

#### PRESTACIONES A NIVEL INDIVIDUAL PARA EL ADULTO MAYOR SEGÚN MAIS-FCI 2009

ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS Y MÁS			
PROMOCIÓN	PREVENCIÓN	RECUPERACIÓN	REHABILITACIÓN
<p>1. Comunicación, educación y consejería en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deberes y derechos del adulto mayor.</li> <li>• Seguridad alimentaria: alimentación, nutrición y micronutrientes.</li> <li>• Ejercicio físico y utilización del tiempo libre de acuerdo a contexto urbano o rural.</li> <li>• Salud sexual reproductiva.</li> <li>• Salud mental.</li> <li>• Salud buco dental integral.</li> <li>• Información y preparación para retiro y jubilación.</li> <li>• Seguridad familiar y comunitaria.</li> <li>• Seguridad vial.</li> <li>• Importancia del examen preventivo de cáncer.</li> <li>• Mejoramiento de la calidad de vida.</li> <li>• Hábitos y estilos de vida saludables.</li> <li>• Ambientes saludables.</li> <li>• Uso indebido de drogas, alcohol y tabaco.</li> </ul>	<p>1. Control de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de riesgo cardiovascular y metabólico (osteoporosis y malnutrición).</li> <li>• <b>Prevención de complicaciones en enfermedades agudas y crónicas, transmisibles y no transmisibles.***</b></li> <li>• Prevención de cáncer y sus complicaciones.</li> <li>• Prevención de problemas de salud mental.</li> <li>• Prevención de violencia: maltrato y abuso sexual.</li> <li>• <b>Prevención de deficiencias sensoriales, discapacidades y minusvalía.**</b></li> <li>• Prevención de las complicaciones de las discapacidades</li> <li>• Prevención de uso indebido de sustancias tóxicas y psicotrópicas o estimulantes.</li> </ul> <p>2. Inmunizaciones (vacunación).</p> <p>3. Salud buco dental integral.</p> <p>4. Prevención de accidentes.</p> <p>5. Preparar planes de contingencia y evacuación ante desastres.</p>	<p>1. Atención de la morbilidad general y por especialidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención y tratamiento del trauma.</li> <li>• Atención de infecciones de transmisión sexual.</li> <li>• Atención de enfermedades transmisibles y no transmisibles.</li> <li>• Atención de trastornos de salud mental e integración social.</li> <li>• Detección de deficiencias auditivas y visuales.</li> <li>• Atención de discapacidades.</li> <li>• Tratamiento de tumores de piel y colágeno.</li> <li>• Atención de menopausia, y andropausia.</li> <li>• Atención de las complicaciones de las discapacidades</li> </ul> <p>2. Atención odontológica.</p> <p>3. Atención de emergencias.</p> <p>4. Atención a pacientes crónicos víctimas de violencia y accidentes.</p> <p>5. Atención de desastres naturales.</p> <p>7. referencia y contrarreferencia.</p> <p>8. Control de uso de dispositivos de ayuda para personas con discapacidad.</p>	<p>1. Rehabilitación y terapia de base comunitaria y con grupos de apoyo.</p> <p>2. Dotación de órtesis, prótesis, y ayudas técnicas.</p> <p>3. Rehabilitación psicofísica y ocupacional.</p> <p>4. Rehabilitación con prótesis, órtesis y ayudas técnicas.</p> <p>5. Capacitación al adulto y su familia para manejo de discapacidades y reinserción social.</p> <p>6. Integración familiar e inclusión social.</p> <p>7. Rehabilitación oral</p>

## ANEXO 2.

### ACTIVIDADES A EJECUTAR POR LOS EQUIPOS INTEGRALES DE SALUD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SEGÚN MAIS-FCI 2012

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
<p><b>Adulto mayor de &gt;65 Adulto mayor &gt; 65 años:</b>  <b>Referirse a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Normas y protocolos de Atención Integral del Adulto Mayor mayores de 65 años</li> <li>○ Normas PAI</li> <li>○ Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal.</li> </ul>	<p><b>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</b></p> <p><b>Información Educación a miembros de la familia ( cuidadores)</b>            Nutrición, Salud bucal, Buen trato, Salud Mental, Salud sexual, Envejecimiento activo, Participación social y exigencia de Derechos, Discapacidad y Fomentar espacios saludables, recreativos, con otras instituciones</p> <p><b>Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar</b>  <i>Riesgo Biológico:</i>            Malnutrición, por defecto o por exceso. Enfermedades crónicas – degenerativa. Alimentación no saludable. Accidentes propios de la edad. Tos más de 14 días, TB. Demencia senil.</p> <p><i>Riesgos Socio- económico:</i>            Muerte evitable. Pobreza. Discapacidad. Desempleo. Violencia intrafamiliar. Soledad y/o abandono. Consumo de alcohol o drogas. Hábito de fumar o fumador pasivo. Riesgo de accidentes. Hacinamiento. Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual. Trastornos de depresión, intento de suicidio, violencia. Deterioro mental y cognitivo            n) Otros que el equipo de salud considere.</p> <p><i>Riesgos Ambiental</i>            Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras. Animales dentro de la vivienda. Agua insegura. Contaminación. Mal manejo de desechos</p> <p><b>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Valoración Geriátrica Integral:</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Identificar factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Valoración precoz y diagnóstico de la fragilidad.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Dependencia Funcional</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Salud Bucal</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Violencia, consumo de alcohol, tabaquismo</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Vacunación: Neumococo polisacárido e Influenza Estacional solo en campañas anuales.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Prevención, detección y manejo de violencia, maltrato y discapacidad</li> </ul> <p><b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN</b>            Atención de la patología más frecuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Síndromes Geriátricos</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Prevención y diagnóstico de problemas visuales, auditivos (detección de catarata, retinopatía motrices, y otras discapacidades.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Depresión, ansiedad.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Cuidados paliativos en etapa terminal de la vida</li> </ul> <p><b>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Discapacidades y ayudas técnicas</li> </ul> <p><b>VISITA DOMICILIARIA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Seguimiento de problemas de salud, discapacidad grave salud mental y cuidados paliativos.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Atención en casos de postración o discapacidad y cuidados paliativos</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Otros determinados por el equipo de salud</li> </ul>

### ANEXO 3.

#### PRESTACIONES COLECTIVAS DIRIGIDAS AL ADULTO MAYOR SEGÚN RESOLUCIÓN 308 DEL IESS

#### PROMOCIÓN: GRUPOS DE FAMILIAS DE AFILIADOS

INTERVENCIÓN SOBRE HáBITOS – COMPORTAMIENTOS SALUDABLES	/ NORMA
Educación alimentaria y nutricional	Talleres 2 veces al año
Higiene buco- dental	Ídem
Promoción de actividad física	Ejercicio programado y permanente en adultos mayores a través de los clubes u otros espacios de interacción
<b>PREVENCIÓN COLECTIVA</b>	
Visita de salud familiar integral: fomento de casa limpia e identificación de riesgo familiar sobre: Detección de malos tratos y violencia	En cada visita

#### **ANEXO 4.**

##### **PRESTACIONES DE SALUD DE ACUERDO A CONDICIONES DE SALUD PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN RESOLUCIÓN 308 DEL IESS**

#### **A.- PRESTACIONES DE PREVENCIÓN**

1. Detección precoz de neoplasia (mama, cuello útero y próstata)
2. Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad y en gestantes

#### **B.-PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN**

Intervenciones de recuperación para la población en general (recién nacidos, niños, adolescentes, gestantes, adultos y adultos mayores).

Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental. Trastornos afectivos, emocionales, violencia, cognitivos, de aprendizaje.

Discapacidades

#### **C.- INTERVENCIONES DE REHABILITACIÓN**

Actividades de protocolos de rehabilitación para discapacidad física, sensorial y múltiple.

Manejo de úlceras de decúbito, dado por prescripción en el III nivel.

Manejo y seguimiento de personas con discapacidad que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara.

Orientación para que personas con discapacidad obtengan carnet y servicios.

**ANEXO 5.**

**SOCIALIZACIÓN DEL PROGRAMA MAIS – FCI EN LA COMUNIDAD**



ANEXO 6.

REGISTRO DE ASISTENCIA A LA SOCIALIZACIÓN DEL MAIS – FCI



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

CONTROL DE ASISTENCIA

FECHA: JUEVES 06 DE SEPTIEMBRE DEL 2009

LUGAR: JUNTA PARROQUIAL 16 DE AGOSTO

HORA: 19H00 – 21:00

TEMA: PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE ACCIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR SEGÚN ESTRATEGIAS DEL MAIS – FCI.

Era Angelica Lalum	<del>Era Angelica Lalum</del>
Ines chumbi	<del>Ines chumbi</del>
Martha Shinkikiat	Martha Shinkikiat
Blanca Aguirre	Blanca Aguirre
Carnita Amaya	<del>Carnita Amaya</del>
Amalia Holocho	<del>Amalia Holocho</del>
Javier Caguana	<del>Javier Caguana</del>
Sandra Gahona	Sandra Gahona
Rmaya Juan	<del>Rmaya Juan</del>
Heras Luis	<del>Heras Luis</del>
Heras Rosa	Heras Rosa
Calle Rosa	<del>Calle Rosa</del>
Jora Daniel	<del>Jora Daniel</del>
Ortiz Cesar	<del>Ortiz Cesar</del>



# UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

Ortiz Dolores	Ortiz Dolores
Jose Ortiz	<del>Jose Ortiz</del>
Luz Rodrigues	Luz Rodrigues
Albino Castañeda	Albino Castañeda
María Tapia	María Tapia
Umaria Palaguachi	Umaria Palaguachi
Antonio Eras	Antonio Eras
Celiano Bonilla	<del>Celiano B.</del>
Rosa Duran	Rosa Duran
Jorge Ordoñez	<del>Jorge Ordoñez</del>
Angel Calle	<del>Angel Calle</del>
María Ponce	María Ponce
Teresa Pardo	<del>Teresa Pardo</del>
Francisco Jara	Francisco Jara
Jose Faxari	<del>Jose Faxari</del>
Jose Calle	Jose Calle
Pedro Escobar Guzmán	<del>Pedro Escobar Guzmán</del>
Teresa Carrero	Teresa Carrero
Jose Reyes	Jose Reyes
Genia Rivera	Genia Rivera

**ANEXO 7.**

**EQUIPO DE SALUD DEL DISPENSARIO DEL SSC 16 DE AGOSTO**



ANEXO 8.

REGISTRO DE ASISTENCIA A TALLERES EDUCACIONALES



**SEGURO SOCIAL CAMPESINO UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**CONTROL DE ASISTENCIA AL TALLER DE HIGIENE BUCO – DENTAL Y**  
**EDUCACIÓN ALIMENTARIA**

FECHA: JUEVES 11 DE OCTUBRE de 2012  
 LUGAR: JUNTA PARROQUIAL 16 DE AGOSTO  
 HORA: 19H00

Nombres y Apellidos	Firma o huella digital
Amaya Ortega Juan Antonio	
Heras Heras Luis Enrique	
Heras Ortiz Rosa Elvira	
Hera Ganbarrote Luis Rosendo	
Calle Rodríguez Rosa Imelda	
Jara Gómez Daniel Salvador	
Ortiz Rodríguez Cesar Augusto	
Ortiz Urgiles Dolores Carmela	
Ortiz Ortiz José Fidel	
Rodríguez Ortiz Luz Tránsito	
Villa Procel Luis Benjamín	
Castañeda Tapia Albino Arturo	
Tapia López María Estrella	
Bonilla Celiano	
Calle Hernández Angellisaac	
Palaguachi Liguicota María Ester Lucrecia	
Eras Méndez Antonio	
Ponce María Mercedes	
Calle José Reinaldo	
Jara Cerillo Francisco	
Durán Jara Rosa Eluvina	
Ordoñez Parra Jorge Alberto	
Parra Solórzano Teresa de Jesús	
Chamik Panch Juana Efigenia	



**SEGURO SOCIAL CAMPESINO UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

ÁvilaCoyago Blanca Natalia	Blanca Ávila
BalcázarRíos José Salomón	
Escobar Guamán Pedro Pablo	
Carreño Garzón Teresa Elvira	
Fares Mullo José Manuel	José M. Fares
Riera María Mercedes	Mercedes Riera
Alarcón Flores Manuel Alberto	Manuel A. Flores
Serrano Garzón Martha Emperatriz	
Flores Mora Lucinda María	
TubónMontaguano Aurora	Aurora T.
Timiaza Zabala Manuel Antonio	
Espinoza Jara María Raquel	María Raquel Espinoza
Ortiz Eras Josefina Beatriz	
Calle Rodríguez Cesar Tobias	Tobias Calle
Rodríguez Riera María Tarcila	
Orellana Ollena María Isabel	
KunampTsemaikYusatinSilveria	Silveria Kunamp

**ANEXO 9.**

**VISITAS DOMICILIARIAS DIRIGIDAS AL ADULTO MAYOR**



**ANEXO 10.**

**BAILOTERAPIA COMUNITARIA**



ANEXO 11.

REGISTRO DE ASISTENCIA A BAILOTERAPIA COMUNITARIA



**SEGURO SOCIAL CAMPESINO UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
CONTROL DE ASISTENCIA BAILOTERAPIA COMUNITARIA**

FECHA: VIERNES 09 de noviembre de 2012

LUGAR: ESPACIO CUBIERTO DE LA PARROQUIA 16 DE AGOSTO

HORA: 19H00

Nombres y Apellidos	Firma o huella digital
Amaya Ortega Juan Antonio	
Heras Heras Luis Enrique	
Heras Ortiz Rosa Elvira	
Hera Ganbarrote Luis Rosendo	
Calle Rodríguez Rosa Imelda	
Jara Gómez Daniel Salvador	
Ortiz Rodríguez Cesar Augusto	
Ortiz Urgiles Dolores Carmela	
Ortiz Ortiz José Fidel	
Rodríguez Ortiz Luz Tránsito	
Villa Procel Luis Benjamín	
Castañeda Tapia Albino Arturo	
Tapia López María Estrella	
Bonilla Celiano	
Calle Hernández Ángel Isaac	
Palaguachi Lliguicota María Ester Lucrecia	
Eras Méndez Antonio	
Ponce María Mercedes	
Calle José Reinaldo	
Jara Cerillo Francisco	
Durán Jara Rosa Eluvina	
Ordoñez Parra Jorge Alberto	
Parra Solórzano Teresa de Jesús	
Chamik Panch Juana Efigenia	
Ávila Coyago Blanca Natalia	



**SEGURO SOCIAL CAMPESINO UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

Balcázar Ríos José Salomón	
Escobar Guamán Pedro Pablo	
Carreño Garzón Teresa Elvira	
Fares Mullo José Manuel	
Riera María Mercedes	
Alarcón Flores Manuel Alberto	
Serrano Garzón Martha Emperatriz	
Flores Mora Lucinda María	
TubónMontaguano Aurora	
Timiaza Zabala Manuel Antonio	
Espinoza Jara María Raquel	
Ortiz Eras Josefina Beatriz	
Calle Rodríguez Cesar Tobias	
Rodríguez Riera María Tarcila	
Orellana Ollena María Isabel	
KunampTsemaikYusatinSilveria	

## ANEXO 12.

### INVITACIONES Y OFICIOS ENVIADOS



**SEGURO SOCIAL CAMPESINO UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

Palora, 03 de Septiembre de 2012

Señor  
Hitler Gómez  
**PRESIDENTE DE LA JUNTA PARROQUIAL 16 DE AGOSTO**

De mis consideraciones;

Reciba un cordial saludo y a la vez deseándole éxitos en las delicadas funciones a usted encomendadas.

La presente tiene como finalidad solicitar de la manera más comedida autorice a quien corresponda brindar las facilidades para hacer uso de las instalaciones de la sala de reuniones de la junta parroquial el día jueves 06 de septiembre del presente año a partir de las 19h00, donde se socializará el proyecto de acción sobre el programa de atención integral al adulto mayor según estrategias del MAIS – FCI, mismo que va destinado a cumplir con las actividades propuestas de la tesis que tiene como título **Implementación del modelo de atención integral para el adulto mayor en el dispensario del SSC 16 de Agosto del cantón Palora, año 2012**, para la obtención del título de Magister en Gerencia de salud para el desarrollo local.

Por la favorable atención que brinde a la presente, anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,

*Victor H. Maji Ch.*  
MÉDICO GENERAL  
C.O.B. MSP/L. J.F. 01 N. 02

Md. Víctor H. Maji Ch.  
**MAESTRANTE**

Recibido  
2012-09-03 15h18  
*Fruiana P. C.*



**SEGURO SOCIAL CAMPESINO UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

Palora, 04 de Octubre de 2012

Señor  
Hitler Gómez  
**PRESIDENTE DE LA JUNTA PARROQUIAL 16 DE AGOSTO**

De mis consideraciones;

Reciba un cordial saludo y a la vez deseándole éxitos en las delicadas funciones a usted encomendadas.

La presente tiene como finalidad solicitar de la manera más comedida autorice a quien corresponda brindar las facilidades para hacer uso de las instalaciones de la sala de reuniones de la junta parroquial el día jueves 11 de octubre del presente año a partir de las 19h00, donde se realizará el Taller de Higiene Buco – Dental y Salud Alimentaria dirigido al adulto mayor, mismo que va destinado a cumplir con las actividades propuestas de la tesis que tiene como título *Implementación del modelo de atención integral para el adulto mayor en el dispensario del SSC 16 de Agosto del cantón Palora, año 2012*, para la obtención del título de Magister en Gerencia de salud para el desarrollo local.

Por la favorable atención que brinde a la presente, anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Md. Victor H. Maji Ch.  
**MAESTRANTE**

Recibido  
2012-10-04  
16h10  
Florencia P. C.

### CONVOCATORIA

Un maestrante de la UTPL a través del Seguro Social Campesino, tiene el honor de invitarle a Usted a la sesión de bailoterapia:

**FECHA: VIERNES 09 DE noviembre de 2012**

**LUGAR: ESPACIO CUBIERTO DE LA PARROQUIA 16 DE AGOSTO**

**HORA: 19H00**

  
Victor H. Maji Ch.  
MEDICO GENERAL  
COO. MSP/L 37.E. 81.N. 82

Md. Victor H. Maji Ch.

MAESTRANTE



SEGURO SOCIAL CAMPESINO



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Palora, 05 de Noviembre de 2012

Señorita  
Kely Ruth Silva Villa  
BIRREINA DEL CANTÓN PALORA

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo y a la vez deseándole éxitos en sus funciones, la presente tiene como finalidad solicitar de la manera más comedida su apoyo como instructora en la sesión de bailoterapia dirigida a los adultos mayores de la organización del SSC 16 de Agosto y a la comunidad entera, misma que se va a realizar el día viernes 09 de noviembre del presente año a partir de las 19h00 en las instalaciones del espacio cubierto de la parroquia, actividad que va destinada a cumplir con los objetivos planteados en la tesis que tiene como título *Implementación del modelo de atención integral para el adulto mayor en el dispensario del SSC 16 de Agosto del cantón Palora, año 2012*, para la obtención del título de Magister en Gerencia de salud para el desarrollo local.

Por la favorable atención brindada a la presente anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Victor H. Maji Ch.  
MÉDICO GENERAL  
CÓD. MSP L. 37 F. 91 N. 02

Recibido 06 noviembre 2012

Md. Victor H. Maji Ch.  
MAESTRANTE



SEGURO SOCIAL CAMPESINO

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Palora, 05 de Noviembre de 2012

Señor

Hitler Gómez Mancheno

PRESIDENTE DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA PARROQUIA 16 DE AGOSTO

De mis consideraciones;

Reciba un cordial saludo y a la vez deseándole éxitos en las delicadas funciones a usted encomendadas.

La presente tiene como finalidad solicitar de la manera más comedida autorice a quien corresponda brindar las facilidades para hacer uso del espacio cubierto de la parroquia el día viernes 09 de noviembre del presente año a partir de las 19h00, donde se impartirá una sesión de bailoterapia dirigida a los adultos mayores de la organización del SSC 16 de Agosto y a la comunidad entera, misma que va destinada a cumplir con los objetivos de la tesis que tiene como título *Implementación del modelo de atención integral para el adulto mayor en el dispensario del SSC 16 de Agosto del cantón Palora, año 2012*, para la obtención del título de Magister en Gerencia de salud para el desarrollo local.

Por la favorable atención que brinde a la presente, anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Victor H. Maji Ch.  
MEDICO GENERAL  
CÓD. MSP L. 37 F. 01 N. 02

Md. Victor H. Maji Ch.  
MAESTRANTE

GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO  
PARROQUIA 16 DE AGOSTO  
RECEPCION DE DOCUMENTOS  
06 NOV. 2012  
Mariana Cashimbó