



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

ESCUELA DE MEDICINA

**MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL**

**“IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE ATENCION AL
ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE ZAPOTILLO.
PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2010”**

TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE MASTER EN GERENCIA DE
SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

AUTORA:

DRA. NILDA RAMIREZ REQUELME

DIRECTORA:

DRA. NOEMI ARMIJOS

LOJA- ECUADOR

2010

CERTIFICACIÓN

Doctora
Noemí Armijos
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado "IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE ATENCION AL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE ZAPOTILLO. PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2010", el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Loja, noviembre de 2010

.....
Dra. Noemí Armijos
DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis e interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo, son de absoluta responsabilidad de su autor.

Loja, noviembre de 2010

.....

Autora

CESIÓN DE DERECHO

Yo, Nilda Ramírez Requelme, declaro conocer y aceptar la disposición del Artículo 67 de Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte 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"

Loja, noviembre de 2010

.....

Autora

v

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	Pág.
Preliminares	
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de derecho	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii
1. Resumen	9
2. Abstract	10
3. Introducción	11
4. Problematización	13
5. Justificación	16
6. Objetivos	18
7. Marco Teórico	19
7.1. Marco institucional	19
7.1.1. Aspecto geográfico del lugar	19
7.1.2. Dinámica poblacional	23
7.1.3. La misión de la institución	25
7.1.4. La visión de la institución	26
7.1.5. Organización administrativa	26
7.1.6. Servicios que presta la institución	28
7.1.7. Datos estadísticos de cobertura	29
7.1.8. Características geofísicas de la institución	32
7.1.9. Políticas de la institución	33
7.2. Marco Conceptual	34
7.2.1. Introducción	34
7.2.2. Definiciones	35
7.2.3. Envejecimiento	36

7.2.3.1. Tipos de envejecimiento	37
7.2.3.2. Características del envejecimiento en América latina	37
7.2.3.3. Tasas de crecimiento poblacional y envejecimiento	38
7.2.3.4. Envejecimiento y enfermedad	40
7. 2.4. Valoración funcional	41
7.2.5. Deficiencia, discapacidad y minusvalía	43
7.2.6. Calidad de vida	43
7.2.7. Envejecimiento saludable	45
7.2.8. Envejecimiento satisfactorio	48
7.2.9. Fragilidad y dependencia vs. Envejecimiento saludable	51
8. Diseño Metodológico	54
8.1. Matriz de involucrados	54
8.2. Árbol de problemas	55
8.3. Árbol de objetivos	56
8.4. Matriz de marco lógico	57
9. Resultados	61
9.1. Resultado 1: Comité de calidad de atención al adulto mayor conformado y funcionando	61
9.2. Resultado 2: Personal médico y paramédico del Centro de salud de Zapotillo capacitados sobre normas y protocolos de atención estandarizados.	65
9.3. Resultado 3: Club del adulto mayor conformado con participación del paciente y la familia	74
9.4. Resultado 4: Se cuenta con stock de medicación acorde al perfil epidemiológico del adulto mayor	80
10. Conclusiones	89
11. Recomendaciones	91
12. Bibliografía	92
13. Anexos	95

1. RESUMEN

PALABRAS CLAVE

Implementación, programa de atención integral, adulto mayor, déficit en la calidad de vida, comité de calidad de atención, capacitación, normas, protocolos, personal de salud, organización del adulto mayor, medicación.

RESUMEN

El programa de atención integral al adulto mayor es un programa nuevo, y aún no se había implementado en las unidades de salud. Dentro de las políticas del Estado y del programa se procura mantener la funcionalidad y autonomía del adulto mayor para un envejecimiento activo.

En el Centro de salud de Zapotillo se levantó una línea en donde se precisó que una de las falencias era el desconocimiento de las formas de operar para la aplicación del programa de atención al adulto mayor que aún era desconocido por el personal, por falta de involucramiento, capacitación al personal, desinterés, baja eficiencia y eficacia en las acciones, falta de compromiso por parte de las autoridades, lo que había llevado a la completa omisión del Programa. Es por esto que se diseñó el presente proyecto para lograr su implementación en el Centro de Salud de Zapotillo en beneficio de los adultos mayores. A través de la ejecución de las actividades se logró cumplir con los diferentes objetivos. Se conformó el Comité de calidad de atención al adulto mayor en el 100%. También se logró capacitar al personal que tiene atención directa con el adulto mayor sobre normas y protocolos de atención estandarizados en el 84%. Se logró conformar el Club del adulto mayor con el 46.8% de participantes. Se adquirió medicación para el programa en el 63% de las necesidades del adulto mayor. El logro de la implementación del programa fue superior al 97%. Se realizó un análisis y se estableció recomendaciones para fortalecer y mantener el programa.

2. ABSTRACT

KEY WORDS

Implementation, program of integral attention, bigger adult, deficit in the quality of life, committee of quality of attention, training, norms, protocols, personal of health, the biggest adult's organization, medication.

SUMMARY

The program of integral attention to the biggest adult is a new program, and it had not still been implemented in the units of health. Inside the politicians of the State and of the program it's considered to stay the functionality and the biggest adult's autonomy for an active aging.

In the Center of health of Zapotillo a line rose where was necessary that one of the problems was the ignorance in the ways of operating for the application from the program of attention to the biggest adult that was ignored still by the personnel, for participation lack, training to the personnel, indifference, low efficiency and effectiveness in the actions, lack of commitment on the part of the authorities, what had taken to the complete omission of the Program. It is for this reason that the present project was designed to achieve its implementation in the Center of Health of Zapotillo in the biggest adults' benefit. Through the execution of the activities it was possible to fulfill the different objectives. It has been conformed to the Committee of quality of attention to the biggest adult in 100%. It was also possible to qualify the personnel that has direct attention with the adult bigger envelope norms and protocols of attention standardized in 84%. It was possible to conform the biggest adult's Club with the 46.8 % of participants. Medication was acquired for the program in 63% of the biggest adult's necessities. The implementation of the program went superior to 97% . It was carried out an analysis and it was given recommendations to strengthen and to maintain the program.

3. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida. Es responsabilidad de la sociedad en general cuidar de la salud y el bienestar del adulto mayor. El personal de salud y la sociedad en general, podemos contribuir al asegurarnos que el paciente sea considerado como adulto responsable y que en las decisiones que se tome se reconozcan sus valores y se les respete, procurando mantener su autonomía y funcionalidad.

El Ministerio de Salud Pública propone el Programa de atención integral al adulto mayor, con políticas y normas bien establecidas, que por ser un programa nuevo, aún no se había implementado en las unidades de salud, y todo programa del MSP se puede convertir en letra muerta si no se implementa, por lo que es importante emprender en la ejecución del presente proyecto en nuestra institución partiendo de que en el diagnóstico situacional participativo que se realizó en el Centro de Salud de Zapotillo, y priorizando problemas, se llegó a la conclusión de que una de las falencias de la institución era el desconocimiento de las formas de operar de los programas del MSP, y los objetivos para los cuáles fueron creados, pero sobre todo el desconocimiento de cómo aplicar el programa de atención del adulto mayor, por falta de involucramiento y capacitación al personal de salud, que generaba poco interés por ausencia de políticas motivacionales, incentivos, baja eficiencia y eficacia en las acciones que realizan, sumado a esto el escaso compromiso por parte de las autoridades institucionales; lo que ha llevado a la completa omisión del Programa, y a un déficit en la calidad de atención al adulto mayor.

Además a nivel local no existen estudios ni proyectos anteriores que hayan incidido sobre el estado de salud del adulto mayor, así como tampoco existe ninguna organización, que se haya encargado de éste grupo poblacional. De allí la importancia de la ejecución imperiosa del presente proyecto de implementación del Programa de atención al adulto mayor.

Fue la principal motivación, el hecho que querer contribuir a mejorar la atención a éste grupo poblacional, contando con el apoyo del gobierno institucional y del personal médico y paramédico que labora en la Unidad de salud, quienes se mostraron motivados para capacitarse en la adquisición de conocimientos sobre protocolos y normas de atención, en un aprendizaje interactivo. Los objetivos se alcanzaron con la mayor claridad y responsabilidad, es así que se logró conformar el Comité de calidad de atención que previo conocimiento del proyecto aceptaron la colaboración, y con quienes se elaboró un plan de acción que empezó a ser cumplido. También se logró capacitar al personal médico y paramédico en atención directa al adulto mayor a través de un taller sobre normas y protocolos de atención integral al adulto mayor, con una planificación previa y revisión de contenidos. Otro de los objetivos que se alcanzó fue la organización de los adultos mayores, y el involucramiento de su familia como medio para su identificación, y para recibir información sobre medidas prevención en el marco de un ambiente de humanidad, cordialidad , que contribuya a mantener la autonomía e independencia y el bienestar del adulto mayor, para lo cual se realizó la convocatoria por radio y además se empezó la captación de los adultos mayores que no pueden acudir al Centro de salud a través de los equipos básicos de salud.

Finalmente se logró la adquisición de la medicación, pero con un análisis detallado de las necesidades y el perfil epidemiológico del adulto mayor. Una de las limitantes fue la falta de presupuesto para poder adquirir en un 100% la medicina de acuerdo a las necesidades de los pacientes, pero cabe mencionar que ahora con la gratuidad en salud, los recursos son más limitados.

Así la institución como tal mejoró la atención al adulto mayor al implementar el programa, y también se logró comenzar a dar la importancia necesaria a la atención al adulto mayor, grupo vulnerable que ha sido olvidado por muchos años.

4. PROBLEMATIZACIÓN

El desarrollo de las ciencias en general y de las ciencias médicas y de la salud en particular ha demostrado que lo más importante no es solamente el aumento de la expectativa de vida, sino que sea posible envejecer manteniendo una calidad de vida adecuada, libre de discapacidad, procurando que sea funcionalmente sana y activa. ¹ Las acciones de salud orientadas a la población adulta mayor deben dirigirse a mantener la independencia y la autonomía, sin descuidar la atención de eventos agudos y cuidados continuos.

Partiendo de las proyecciones demográficas la población que debería recibir estas acciones de salud se ha incrementado a 600 millones en la actualidad con un pronóstico de 1200 millones para el año 2025, equivalente a un 14% de la población mundial. Así mismo un promedio del 72% vivirá en los países en vías de desarrollo. ²

En América Latina y el Caribe la transición demográfica en el año 2002 se estimó un 8% de la población que tenía 65 años, mientras que para el 2025 se estima un 12.8 %. De igual forma en el Ecuador de hoy la proyección de adultos mayores es de 986.407 el 6.9%, y para el año 2025 será de 1592.232 es decir 9.8%. En la provincia de Loja se estima una población de 35.796, y de ésta 354 se encuentran en el cantón Zapotillo. ³

El adulto mayor resulta ser siempre un grupo vulnerable que por el hecho de haberlo dado todo y haber perdido su máximo potencial han sido olvidados, con consecuencias desastrosas en su calidad de vida, por el deterioro progresivo de su salud, con un gran impacto sobre la economía de sus familias y del Estado.

De los antecedentes socioculturales del país, aún se presentan importantes desventajas para quienes van envejeciendo, prueba de ello son las múltiples formas de maltrato, aislamiento e inseguridad en la que viven gran parte de ésta población

¹ Bayarre HD. Prevalencia y Factores de Riesgo de Discapacidad en el Anciano. Pág. 13

² Hernández Castellón R. Estudio del envejecimiento de la población. Pág. 13

³ www.inec.gov.ec. Pág. 13

sobre todo en las áreas rurales, que a su vez ejerce un impacto reconocido sobre la salud del anciano con el apareamiento de enfermedades.

Es reciente el establecimiento del programa de atención al adulto mayor en nuestro país. El Estado ecuatoriano está en pleno proceso de reforma, buscando en consenso la responsabilidad social, lo cual nos permite contar con la “Política de salud para la atención integral a las personas adultas mayores”, como instrumento técnico orientador para el programa del adulto mayor que por ser un programa nuevo, aún no se implementa o aplica en las unidades de salud, y no queremos que quede en letra muerta, como muchas veces sucede, o se cumpla parcialmente.

Visualizado así éste escenario, y partiendo de la línea de base establecida en el diagnóstico situacional participativo que se realizó en el Centro de Salud de Zapotillo, priorizando problemas se llegó a la conclusión de que una de las falencias de la institución era el desconocimiento de los objetivos por los cuales fueron creados los programas del MSP, pero sobre todo el desconocimiento de cómo aplicar el programa de atención al adulto mayor, por falta de involucramiento y capacitación al personal de salud, que generaba poco interés por ausencia de políticas motivacionales, incentivos, baja eficiencia y eficacia en las acciones que realizan, sumado a esto el escaso compromiso por parte de las autoridades institucionales; ha llevado al déficit en la calidad de atención a éste grupo poblacional, sumado a las condiciones de vida limitadas en el sector rural del cantón y los altos índices de pobreza influyen enormemente sobre su calidad de vida, con el riesgo potencial de complicaciones que altere el proceso hacia un envejecimiento activo.

De lo expuesto, se colige que la falta de implementación del Programa Nacional de atención al Adulto Mayor en el Centro de Salud de Zapotillo presenta algunos problemas críticos: no existe un grupo responsable de la vigilancia de la calidad de atención al adulto mayor, el personal no está capacitado sobre normas y protocolos de atención al adulto mayor por lo que no puede brindar atención con calidad y calidez, marginación en la atención porque no se prioriza a éste grupo de riesgo, desorganización de los adultos mayores por lo que no se conoce sus necesidades, no

se involucra a la familia y ellos no pueden adquirir aprendizajes en medidas de auto cuidado y prevención de salud, desabastecimiento de fármacos para la atención al adulto mayor porque no existe una buena gestión ni se conocen los requerimientos.

Esta problemática ha llevado a que el adulto mayor pierda la confianza en el personal y en la institución de tal manera que no demanden la atención, dan importancia a otros tratamientos no reglamentados, y a que tanto ellos como la familia no apliquen medidas de auto cuidado, con un mayor deterioro de su salud, aumentando el índice de morbilidad y el riesgo de mortalidad.

La implementación del programa permitirá incrementar la eficiencia de los servicios que presta el Centro de Salud en beneficio de la población adulta mayor, y generará bienestar entre los usuarios y también entre los médicos y el resto de profesionales de la salud que también están involucrados con éste grupo etáreo; a su vez los adultos mayores y su familia recibirán información sobre auto cuidado y estilos de vida saludables en marco de un Club organizado, con el fin de contribuir al mejoramiento de la atención al adulto mayor y su calidad de vida promoviendo un envejecimiento activo como política del programa de atención al adulto mayor, digno de todo ser humano.

5. JUSTIFICACIÓN

La atención al adulto mayor requiere un abordaje activo integral y compasivo que provea confortación y apoyo al individuo que muchas veces vive con alguna enfermedad crónica que puede ser progresiva, con personal capacitado para brindarla, en afán de promover y preservar la salud, y restaurarla cuando sea necesario, siendo la meta fundamental mejorar la calidad de vida y el estado de salud de los pacientes, y promoviendo el envejecimiento activo, venciendo dificultades tanto institucionales, como sociales, y económicas.

Los adultos mayores han constituido siempre un grupo vulnerable, olvidado por las autoridades; y actualmente el diseño del Programa nacional de atención integral al adulto mayor por parte del MSP es un programa nuevo que conlleva acciones de atención, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, con la finalidad de dar una atención integral, para un envejecimiento activo y a mantener la autonomía y funcionalidad del adulto mayor, pero es menester que debe concretarse en la Unidad de salud acciones a nivel local que son parte de los objetivos del programa, que permitan contribuir a mejorar la atención y la calidad de vida de ésta población, con la planificación de recursos y servicios, influyendo sobre la organización de los mismos, la dirección y el control; así como la aplicación de técnicas gerenciales como la toma de decisiones y el establecimiento de prioridades para este grupo poblacional, y no solamente se quede en el diseño del programa a nivel central, sin empezar ya a tomar la iniciativa a nivel local teniendo como punto de partida la vulnerabilidad y el riesgo de complicaciones del adulto mayor.

La implementación del Programa de atención al adulto mayor es una necesidad sentida desde hace mucho tiempo, y permitirá entre otras cosas:

- Contribuir a mejorar la calidad de vida y el estado de salud de la población.
- Mejorar la atención al adulto mayor en el Centro de Salud, a través de su organización con conocimiento previo de sus necesidades, y la posibilidad de realizar transferencia oportuna a Centros de atención de mayor complejidad.

- Aplicar normas y protocolos de atención al adulto mayor
- Mantener la autonomía y funcionalidad
- Promover atención con calidad, calidez, y un trato ético al paciente
- Organizar y recrear a los pacientes, e informar sobre estilos saludables de vida y auto cuidado
- Elevar el nivel de satisfacción de los adultos mayores.
- Aportar a las políticas y estrategias económicas y sanitarias a nivel institucional, individual, familiar en beneficio de éste grupo poblacional.

La propuesta responderá a la interrogante más importante que tiene el Centro de Salud en estos momentos:

Será beneficioso para los pacientes y la institución implementar el Programa de atención integral del adulto mayor en el Centro de Salud de Zapotillo?

6. OBJETIVOS

1. GENERAL

Implementar el programa de atención al adulto mayor en el Centro de Salud de Zapotillo, promoviendo en el personal de salud el manejo adecuado de normas y protocolos de atención y la integración y organización del adulto mayor involucrando a su familia, para contribuir al envejecimiento activo y una salud digna y satisfactoria en este grupo etáreo.

2. ESPECÍFICOS

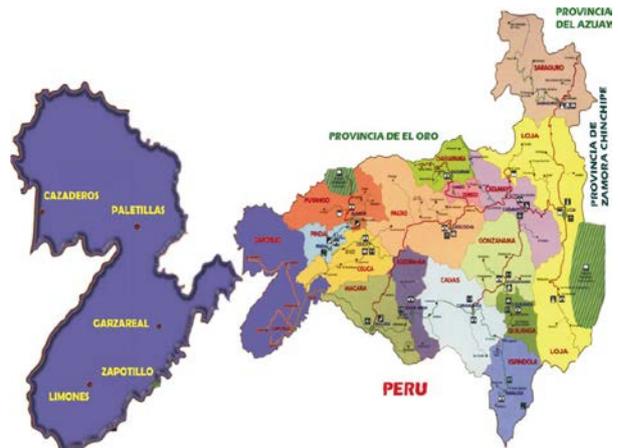
- 2.1. Conformar el comité de calidad de atención al adulto mayor en el Centro de Salud y designar al profesional responsable.
- 2.2. Capacitar al personal médico y paramédico de la institución en normas y protocolos estandarizados que permita mejorar la atención al adulto mayor.
- 2.3. Organizar y conformar el Club del adulto mayor involucrando al paciente y la familia, y elaborar un plan de actividades tendientes a promover conocimientos de autocuidado y recreación.
- 2.4. Gestionar la disposición de medicamentos acorde al perfil epidemiológico y a las necesidades de los pacientes.

7. MARCO TEORICO

7. 1. MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1. Aspecto geográfico del lugar

En la zona fronteriza de la Provincia de Loja se encuentra el cantón Zapotillo, hermoso pueblo de clima caliente, extenso y grande como sus necesidades.



Ubicación: Coordenadas: 04° 15' y 04° 29'

Latitud Sur 80° 22' 15''

Longitud Oeste. 80° 23' 36''

Limites:

Al Norte: Perú

Al Sur: Perú

Al Este: Los Cantones de Puyango, Pindal, Celica y Macará.

Al Oeste: Perú

Superficie: 120.892 has

Altitud: 150 y 800msnm

Clima: cálido seco con una temperatura promedio de 24°C.

Población: 11933 Habitantes

Descripción Socioeconómica

La principal fuente de ingreso para los zapotillanos es la que obtienen mediante la producción pecuaria que incluye ganado



caprino, vacuno y de carga, en menor cantidad está la agricultura, siendo el maíz y cebolla los principales productos que cultivan. El proyecto de riego Zapotillo en ejecución aspira convertir varias hectáreas en productivas y generar empleo a los campesinos. A nivel de infraestructura el cantón posee vías carrozables en buen estado y servicios hoteleros, de transporte, comerciales, financieros etc. Ha sufrido marcados sucesos que más de una vez han obligado a nativos dejar el valle encantado, como la terrible sequía azotada en el año 1885 y 1996, los conflictos limítrofes del Ecuador con su vecino país Perú y, el fenómeno de El Niño. Pese a ello, este lugar de la frontera conserva la calma y presenta un paisaje rodeado de esbeltas palmeras, tamarindos, algarrobos y parajes naturales. Tiene al Catamayo - Chira que le da frescura al sitio y sobre todo encuentras a su gente siempre tan hospitalaria y sincera; amante de su Zapotillo hermoso, como lo escribiera en una bella canción el Padre Franco Aguirre uno de los principales gestores de la cantonización en el período del Ab. Jaime Roldós Aguilera, ex presidente Ecuatoriano. Hoy los párrafos del tan recordado Aguirre son como un himno para los zapotillanos, quienes los cantan en fiestas sobre todo cívicas. Hay algunos balnearios, sitios naturales y el mismo río Catamayo- Chira que siempre permanece caudaloso y manso para invitarte a hacer uso de sus playas. La protección del bosque seco la Ceiba ha sido una tarea de ONGs y claro gracias al apoyo de todos con el tiempo se convertirá en un gran potencial muy visitado.

Condiciones de Saneamiento Ambiental

En lo que tiene que ver a las condiciones de saneamiento ambiental y medio ambiente la parroquia de zapotillo hace pocos años y con ayuda del CARE ha implementado el manejo de desechos sólidos, la frecuencia de la recolección de basura es diaria, sin embargo hay muchas personas que no colaboran con estas medidas ya que existe un depósito de basura a orillas del río Catamayo lo cual da origen a la contaminación ambiental además de un mal aspecto.

En cuanto al alcantarillado es la zona urbana quienes en parte se encuentran beneficiados con este servicio, esto se establece así porque en la época invernal

muchas alcantarillas rebosan al igual que las tuberías de drenaje que se encuentran dentro de las casas, esto permite la exposición al aire libre de las aguas servidas lo que ha llegado a constituir un gran factor de riesgo para el aumento de la incidencia de enfermedades sobre todo de tipo infeccioso que año a año durante la época invernal se agudizan. Un porcentaje de hogares sobre todo del barrio Colinas, parte del barrio hermano Miguel y todas las viviendas del sector periurbano no disponen de alcantarillado, por lo cual más de la mitad de viviendas a recurrido a la construcción de pozos ciegos o fosa séptica en otros casos, pero el resto de habitantes no disponen de estos servicios, y por esta razón deben eliminar sus heces fecales a la intemperie.

En cuanto al líquido vital que se suministra en un 42.24% se lo hace mediante red pública pero la provisión de la misma no es permanente ya que solo se dispone de 2 horas diarias de este servicio a lo cual hay que sumarle que el agua no es 100% segura; en cuanto al porcentaje restante obtienen el agua de quebradas, ríos, acequias, pozos y por medio de tanqueros que a su vez la obtiene del río; la mayoría por no decir todas las personas recogen agua sin ninguna precaución y cuidado que evite la contaminación del agua.

Estructura Político Administrativa:

Identificación de barrios, distancia y tiempo a la Jefatura de Área.- Zapotillo cuenta con seis parroquias; una urbana: Zapotillo, y cinco rurales: Limones, Garza Real, Paletillas, Cazaderos-Mangahurco y Bolaspamba. Las unidades operativas y la posibilidad de llegar en kilómetros y tiempo de recorrido, desde las unidades operativas hasta la Jefatura de Área, son los siguientes:

- Centro de Salud Materno Infantil Zapotillo - Jefatura de Área N° 13

Vías desde las unidades operativas a la Jefatura de Área N° 13	Longitud en Kilómetros	Tiempo en horas
SCS PALETILLAS	44	2
SCS CAZADEROS	110.8	4.5
SCS MANGAHURCO	81.5	3.5
PS PROGRESO	140.8	5
PS MIRAFLORES	28	1.5
PS GARZA REAL	14.2	1

Fuente: INEC 2001

Características de transporte y posibilidades de llegar a los centros de atención.- el transporte se realiza en camionetas y busetas, con frecuencias de 1 a 2 veces por semana. Las características de la red vial son las siguientes:

CARACTERÍSTICAS DE LA RED VIAL DEL CANTÓN ZAPOTILLO				
Recorridos	Longitud en Km.	De tercer orden	Camino vecinal	Ancho de calzada
SAUCILLO – ZAPOTILLO – LALAMOR	33	33		6
ZAPOTILLO – GUÁSIMO – LALAMOR	28	28		6
ZAPOTILLO – GUÁSIMO – LIMONES	19.2	13.2	6	4.5 – 6
LIMONES – PILARES – EL ORO	23		23	4
LAMINOS – CHAQUIRO – ZAPALLAL	15.6		15.6	4
ZAPOTILLO – CHAMBARANGO – GARZA REAL	14.2		14.2	4
ZAPALLAL – MALVAS – CABEZA DE TORO – CATANAS	20		20	4
MALVAS – TOTUMOS – PAVAS – BEJUCAL – COCHAS DEL ALMENDRO	22.6		22.6	4
ZAPOTILLO – CEIBA – GARZA REAL	12		12	4
ZAPOTILLO – COCHAS DE ALMENDROS – PALETILLAS	44		44	4
PALETILLAS – POLO – CERRO VERDE – LA ESPERANCITA	21.5		21.5	4
PALETILLAS – GUAYURO – EL CAUCHO	15		15	4
PALETILLAS – EL CHAQUITO – MANGURQUILLO	33.5		33.5	4
PALETILLAS – BOLASPAMPAS – MANGURQUILLO	37		37	4
MANGAHURCO – CAÑAVERAL – MANGURQUILLO	51		51	4
MANGAHURCO – CAZADEROS	29.3		29.3	4
CAZADEROS – PROGRESO – GRAMADAL	30		30	4
TOTAL	446.9		374.7	4

Fuente: INEC 2001

Medios de transporte y comunicación- Existen 4 vías de comunicación intercantonal e interprovincial, algunas de ellas se encuentran asfaltadas y otras son carreteras de verano para la comunicación interparroquial.

- **Zapotillo – Pindal – Celica – Loja.**- es la principal arteria que atraviesa diferentes cantones comunicando con este cantón y con su cabecera provincial. Tiene una distancia total de 320km.
- **Zapotillo – Alamor – Arenillas.**- vía que comunica con la provincia de El Oro la misma que permite integrarse con el resto del país.
- **Zapotillo – Saucillo – Macará.**- tiene una distancia de 42km, hacia el cantón Macará, vía que también comunica con la cabecera provincial pasando por diferentes sectores de nuestra provincia como Macará – El Empalme – Catacocha – Catamayo – Loja o Macará – Sabiango – Sozoranga – Cariamanga – Gonzanamá – Catamayo – Loja.
- **Alamor – El Limo – Mangahurco y Pindal – Paletillas – Mangahurco.**- (consideradas carreteras de verano) vías que permiten la conexión de las parroquias Cazaderos y Paletillas con las principales ciudades del País y cantones aledaños, por la distancia que les es favorable, evitándose de esta forma salir hacia la ciudad de Zapotillo para tratar de movilizarse a cualquier lugar.

7.1.2. Dinámica poblacional

Población total y crecimiento poblacional

La población del Cantón Zapotillo según Censo del 2001, representa el 2,7% del total de la Provincia de Loja; ha crecido en el último periodo intercensal 1990-2001, a un ritmo de crecimiento del 0,6% promedio anual. El 83,0% de su población reside en el Área Rural; se caracteriza por ser una población joven, ya que el 46,3% son menores de 20 años, según se puede observar en la Pirámide de Población por edades y sexo. El índice urbano/rural de la parroquia de Zapotillo es de 16.97/83.02.⁴

⁴ www.ecuadorencifras.com. Pág 23

POBLACION DEL CANTON ZAPOTILLO			
ÁREAS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	10,940	5,913	5,027
URBANA	1,857	933	924
RURAL	9,083	4,980	4,103

Fuente: INEC 2001

ESTRUCTURA POBLACIONAL POR GRUPO DE EDAD Y SEXO															
POBLACIÓN TOTAL	GRUPOS PROGRAMÁTICOS AREA 13														
	< 1 año	12-23 meses	1-4 años	2-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-64 años	65-74 años	75 a + años	Embarazadas	Mujeres en edad fértil		Detección oportuna Cáncer	
												10-49 años	15-49 años	Mamario	Uterino
														25-64 años	35-64 años
11933	249	247	971	724	1321	1445	1204	6043	428	273	311	3058	2363	2112	1478

Fuente: MSP. Población 2009

Observamos en la estructura poblacional, la mayor parte se encuentra comprendida entre las edades de 20 a 64 años.

ESTRUCTURA POBLACIONAL POR GRUPO DE EDAD Y SEXO PARROQUIA ZAPOTILLO															
POBLACIÓN TOTAL	GRUPOS PROGRAMÁTICOS PARROQUIA ZAPOTILLO														
	< 1 año	12-23 meses	1-4 años	2-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-64 años	65-74 años	75 a + años	Embarazadas	Mujeres en edad fértil		Detección oportuna Cáncer	
												10-49 años	15-49 años	Mamario	Uterino
														25-64 años	35-64 años
5721	99	101	407	306	591	560	563	3047	216	138	124	1542	1204	1062	723

Fuente: MSP. Población 2009

En lo que se refiere a la parroquia de Zapotillo, igualmente la mayoría de la población se encuentra comprendida entre las edades de 20 a 64 años, los adultos mayores representan una población estimada de 354 personas.

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA

SEGÚN GRUPOS OCUPACIONALES			
GRUPOS DE OCUPACIÓN	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	4,072	3,491	581
MIEMBROS, PROFESIONALES Y TÉCNICOS	181	103	78
EMPLEADOS DE OFICINA	98	61	37
TRAB. DE LOS SERVICIOS	295	206	89
AGRICULTORES	1,435	1,356	79
OPERARIOS Y OPERADORES DE MAQUINARIAS	505	470	35
TRAB. NO CALIFICADOS	1,388	1,145	243
OTROS	170	150	20

Fuente: INEC 2001

En cuanto a la población económicamente activa, la gran mayoría son agricultores, seguidos por los trabajadores no calificados, y después los operadores de máquinas.

SEGÚN RAMAS DE ACTIVIDAD			
RAMAS DE ACTIVIDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	4,072	3,491	581
AGRICULTURA, GANADERÍA, CAZA, PESCA	2,421	2,258	163
MANUFACTURA	94	80	14
CONSTRUCCIÓN	453	448	5
COMERCIO	190	136	54
ENSEÑANZA	161	69	92
OTRAS ACTIVIDADES	753	500	253

Fuente: INEC 2001

Según las ramas de actividad, la mayoría se dedica a la agricultura, ganadería, caza y pesca, seguido de los trabajos no clasificados, y luego los de construcción.

7.1.3. La misión de la institución

MISIÓN:

El Área de Salud N° 13 garantizara la atención oportuna y eficaz a los diferentes ciclos de vida de las personas, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación a través del impulso y mejoramiento de la organización, participación y veeduría ciudadana, involucrando a los actores social públicos, privados, ONGs y comunitarios en la construcción de un modelo de atención que mejore la calidad de

vida de los usuarios de todas las edades a partir de la optimización de las capacidades resolutivas.

7.1. 4. La visión de la institución

VISIÓN:

Para el año 2011 el Área de Salud No.13 trabaja y trabajara conjuntamente con la comunidad a través de una coordinación interinstitucional con planificación, supervisión, ejecución, análisis y seguimiento de las actividades de Salud Pública, contando con un personal capacitado generando ambientes saludables y brindando una atención integral e integrada con calidad y calidez, fomentando condiciones para un mejor estilo de vida de la población en general.

7.1.5. Organización administrativa

Aspectos de los servicios de salud

Unidades de Salud

El Cantón Zapotillo cuenta con un Centro de Salud de carácter público, ubicado en la Cabecera Cantonal, su infraestructura cumple con su funcionalidad y propósito, brindar atención de primer nivel.

El Área de Salud N° 13 cuenta con seis Unidades de Salud que pertenecen al Ministerio de Salud Pública: SCS Paletillas, SCS Mangahurco, SCS Cazaderos, El PS Progreso, Consultorios en el Barrio Miraflores y la Parroquia de Garza Real. Las tres unidades de salud restantes pertenecen al Seguro Social Campesino Limones, Garza Real y Bolaspamba.

Recursos Humanos

Centro De Salud Zapotillo: 1 Jefe de Área. 2 Médicos Tratantes. 2 Médicos Rurales. 2 Médicos de EBAS. 1 Enfermera Rural. 2 Enfermeras de EBAS. 1 Enfermero de planta.

1 Odontólogo Rural. 1. Odontólogo de EBAS. 1 Inspector Sanitario. 1 Bodeguero. 1 Administrador . 1 Contador . 1 Auxiliar de farmacia. 1 Auxiliar de Limpieza

En SCS de Mangahurco: 1 Médico contratado y 1 enfermera

En SCS de Cazaderos: 1 Médico contratado y 1 Aux. de Enfermería

En PS de Progreso: 1 Aux. de Enfermería

En SCS Paletillas: 1 Médico de planta, 1 odontólogo, 1 enfermera, y 1 Aux. de Enfermería

Consultorio médico de Garza Real: 1 Médico rural.

Dispensario médico de Miraflores: 1 médico rural. 1 enfermera de EBAS.

Dispensario del Seguro en Limones: 1 Médico itinerante con Ceiba Chica y 1 Aux. de Enfermería en cada uno.

Dispensario del Seguro de Bolaspamba: 1 Médico itinerante y 1 Aux. de Enfermería.

Funcionalidad

Los responsables de cada departamento coordinan todas las funciones respecto con el resto de unidades operativas del cantón y entre sí. El Área N ° 13 trabaja conjuntamente con la comunidad de la localidad y las autoridades para mantener un buen estado de salud en la población de Zapotillo aunando esfuerzos para conservar el medio ambiente, desarrollando políticas de prevención de enfermedades, cumpliendo diariamente con los diferentes programas de salud, en medio de un ambiente agradable que fomente las relaciones interpersonales de la institución. Se ejecutan los programas diseñados por el MSP, y canalizados vía Dirección Provincial de Salud de Loja. Un ente local de apoyo y responsabilidad es el Concejo Cantonal de salud y las Juntas Parroquiales que coordinan junto con la jefatura de Área los diferentes objetivos y metas planificadas.

Isometría

La distancia desde la Jefatura de Área a las distintas Unidades Operativas es la siguiente:

UNIDADES	KM	TIEMPO
De Zapotillo a Paletillas	52Km	60 minutos
De Zapotillo a Mangahurco	64 Km	120 minutos
De Zapotillo a Cazaderos	90Km	165 minutos
De Zapotillo a Progreso	105 Km	180 minutos
De Zapotillo a Garza Real	18Km	20 minutos
De Zapotillo a Miraflores	25Km	30 minutos

Fuente: INEC 2001

Observamos que la unidad que mayor distancia mantiene al Centro de salud es Progreso, seguida de Cazaderos y Mangahurco.

7.1.6. Servicios que presta la institución

El Centro de Salud de Zapotillo cuenta con una sola planta y actualmente se dispone de los siguientes servicios médicos:

- ✚ Consulta externa de: medicina interna, medicina general, odontología, obstetricia, ginecología.
- ✚ Emergencia
- ✚ Hospitalización del día
- ✚ Sala de partos
- ✚ Farmacia
- ✚ Laboratorio clínico que ofrece servicios básicos de BH, QS(glicemia, urea, creatinina), perfil lipídico(CT, TGC), látex, ASTO, pruebas de embarazo.
- ✚ Imágenes: ecosonografía obstétrica.

En cuanto a los Servicios Administrativos están organizados de la siguiente manera:

Jefatura de Área: Administración, adquisiciones, financiero, comité de farmacología.

Servicios Aux. de Dg. y Tratamiento: Farmacia, laboratorios clínico.

7.1.7. Datos estadísticos de cobertura

INDICADORES GENERALES

Cobertura General De Consultas

$$\%C = \frac{\text{Número de consultas en el establecimiento}}{\text{Total de población asignada}} \times 100$$

$$\%C = 15949/11933 \times 100$$

$$\%C = 133$$

Cobertura De Atención En Primeras Consultas

$$\%C = \frac{\text{Consultas por primera vez}}{\text{Total de consultas en ese periodo}} \times 100$$

$$\%C = 9034/15949 \times 100$$

$$\%C = 56.6$$

Cobertura General De Atención Del Adulto

$$\%C = \frac{\text{Nº de consultas de 20 a 64 años}}{\text{Población asignada de 20 a 64 años}} \times 100$$

$$\%C = 3905/6043 \times 100$$

$$\%C = 64$$

Cobertura General De Atención Del Adulto Mayor

$$\%C = \frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas de } > 65 \text{ años}}{\text{Población asignada } > 65 \text{ años}} \times 100$$

$$\%C = 131/354 \times 100$$

$$\%C = 37\%$$

Tasa De Natalidad En Zapotillo

$$TN = \frac{\text{Nacidos vivos en un año}}{\text{Población total asignada}} \times 1000$$

$$TN = 197/5721 \times 1000$$

$$TN = 34$$

Tasa De Mortalidad General En Zapotillo

$$TMG = \frac{\text{Muertes por todas las causas ocurridas en 1 año}}{\text{Población total asignada}} \times 1000$$

$$TMG = 36/5721 \times 1000$$

$$TMG = 6.29$$

Tasa De Morbilidad

$$TMM = \frac{\text{Nro. De primeras consultas de morbilidad}}{\text{Población total asignada}} \times 1000$$

$$TMM = 9034/5721 \times 1000$$

$$TMM = 1579$$

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL

No.Ord.	CAUSA	NUMERO	TASA	%
1	INFECCIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	4069	344,31	55,49
2	PARASITOSIS	969	81,99	13,21
3	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	908	76,83	12,38
4	INFECCION DE VIAS URINARIAS	371	31,39	5,06
5	DORSALGIA	263	22,25	3,59
6	OTRAS ETS NO ESPECIFICADAS	203	17,18	3,76
7	GASTRITIS	155	13,12	2,11
8	HIPERTENSION ARTERIAL	63	5,33	0,86
9	ANEMIA POR DEF. DE HIERRO	59	4,99	0,80
10	ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LA VAGINA	55	4,65	0,75
	OTRAS	218	18,45	64,69
	TOTAL	7333	620,49	100,00

Fuente: EPI 1 Centro de Salud Zapotillo 2009

Como podemos observar, la mayoría de problemas de salud corresponde a los infecciosos respiratorios de tipo alto con el 56%, porque la mayor cantidad de pacientes corresponde a los niños, luego siguen los problemas de parasitosis con el 13% de casos, y en tercer lugar la enfermedad diarreica aguda con el 12%. La HTA que se presenta con mayor frecuencia en adultos, tiene el 5.33%.

CAUSAS		Nº	%
CIE 10	Diagnóstico	Total	Porcentaje
I10	Hipertensión arterial	26	35.6
J00	Rinofaringitis aguda	8	10.9
	Osteoartrosis	7	9.68
D50	Anemia por carencia de hierro	6	8.19
E78	Dislipidemia	6	8.19
E11	Diabetes Mellitus tipo 2	5	6.8
	Neuritis	4	5.4
	Faringitis aguda	4	5.4
	Asma no especificada	5	6.8
G43	Migraña – Cefalea	3	4.1
	TOTAL	73	100

Fuente: EPI1 Centro de Salud Zapotillo 2009

Como observamos en el presente cuadro, en la morbilidad de los adultos mayores el mayor porcentaje es de hipertensos con el 35%, seguido de los problemas infecciosos altos 11%, y la osteoartritis propia de este grupo de edad con el 9.6%.

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL

Nº	CAUSAS	FRECUENCIA
1	Hipertensión arterial	7
2	Síndrome coronario	6
3	Evento Cerebro Vascular	4
4	Insuficiencia Respiratoria	4
5	Insuficiencia Cardíaca Congestiva	3
6	Neumonía	3
7	Cáncer: Epidermoide, Pulmonar, Gástrico	3
8	Intoxicación	1
9	Shock Hipovolémico	1
10	Asfixia	1

Fuente: Defunciones 2009.Registro Civil Zapotillo.

La mortalidad general del Centro de salud se ha reportado entre las principales causas a la hipertensión arterial, que como vimos anteriormente está entre las principales enfermedades que adolecen los adultos mayores.

7.1. 8. Características geo-físicas de la institución

El Centro de Salud Zapotillo es la institución en donde se desarrollará el presente proyecto. Es una institución de servicio público, se encuentra ubicado en el barrio Hermano Miguel del cantón Zapotillo. Constituye un primer nivel de atención, por lo tanto su infraestructura permite servicios básicos de prevención, promoción y recuperación de pacientes con enfermedades de baja complejidad. Dentro de las condiciones físicas en el Centro de Salud Zapotillo se cuenta con oficinas para la jefatura de Área, administración, financiero, farmacia, bodega, inspectoría de salud, estadística, cuenta además con 6 consultorios, laboratorio básico, el área de emergencia, el área de sala de partos, el área de enfermería, el área de hospitalización que funciona como hospital del día donde se cuenta con 3 camas.

7.1.9. Políticas de la institución

1. Establecer compromisos de participación activa con los concejos cantonales y parroquiales de salud como agentes activos en la toma de decisiones.
2. Fortalecer los programas gratuitos de salud dirigidos a la población de mayor riesgo para la prevención primaria y secundaria en el esfuerzo de conservar la salud.
3. Mejorar las coberturas de atención y el compromiso del personal de salud en el Área N° 13.
4. Establecer un compromiso de gestión óptima que provea al Área N° 13 del personal humano indispensable para el funcionamiento del área.
5. Garantizar el acceso de los adultos, adultos mayores y familias más pobres a todas las acciones y prestaciones que ofrece la red de servicios del MSP.

7.2. MARCO CONCEPTUAL

7.2.1. Introducción

La rapidez con que se está produciendo el envejecimiento en el mundo, y en los países latinoamericanos y, genera cambios importantes en las demandas socioeconómicas y de salud de la población, al incrementarse el porcentaje de adultos mayores, segmento de la población más dependiente en lo económico y social, y con menos funcionalidad física mental. Precisamente esto se ha considerado y ha sido tomado en cuenta a la hora de establecer políticas con la finalidad de promover un envejecimiento activo, capaz de conservar la autonomía y funcionalidad del adulto mayor, es el lineamiento que se sigue en el programa diseñado para el adulto mayor por parte de la rama de la salud a través del MSP.⁵

Es por esto que el incremento de la longevidad no debe constituir la única meta de la ciencia contemporánea, a ello deberá añadirse una mejoría de la calidad de vida de la población longeva, es decir el reto actual no está sólo en agregar más años a la vida, sino en aportar más vida a los últimos años; para lo cual sería pertinente la realización de investigaciones, cuyos resultados devendrían en evidencia científica útil para establecer políticas sanitarias que garanticen un incremento de la salud de este grupo poblacional.

Por se un programa nuevo aún existe un gran desconocimiento de cómo aplicarlo, ni a que se refiere. Es por ello que una de las razones fundamentales dentro de las políticas del Estado es comenzar ya con la implementación del programa, que permita hacer una evaluación de los adultos mayores y su condición general e integral.

⁵ Álvarez P. Martínez D. et. al. Normas y Protocolos de atención geronto-geriátricas. Pág. 34

7.2.2. Definiciones

Adulto Mayor

En América Latina, son las personas de 65 años y más, pero cada país puede adoptar el límite.

Por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud la expresión “adulto mayor” sustituye las denominaciones de “anciano”, “persona de edad” o “persona de la tercera edad” y designa a las personas de 65 años y más.⁶

Características del Adulto Mayor

“Poseen características propias diferentes a los de menor edad, lo mismo que las mujeres respecto a los hombres de la misma edad. Es el grupo etario social vulnerable a ciertas enfermedades, cuya asequibilidad está relacionada estrechamente con su inseguridad económica, social y de salud por la propia evolución natural de las enfermedades crónico-degenerativas.

En el transcurso del envejecimiento se producen importantes pérdidas a nivel de todos los órganos y aparatos, se pierden gran parte de las reservas orgánicas y funcionales, esto convierte al Adulto Mayor en un ser muy vulnerable a cualquier tipo de estímulo nocivo; tienen peor pronóstico de su enfermedad, mayor morbilidad (puede ser aguda o crónica, esta última puede ser o no incapacitante), mayores complicaciones y consecutivos tratamientos médicos, sus mecanismos de defensa son más limitados; es por esto que el paciente Adulto Mayor es el principal ocupante de camas hospitalarias, el que acude con mayor frecuencia al médico y el primer y más numeroso consumidor de fármacos.⁷

El proceso del envejecimiento se ve afectado por tres factores importantes: 1) los cambios fisiológicos propiamente dichos, 2) condicionamientos a distintas

⁶ Conceptos de geriatría y gerontología. Disponible en: www.segg.es/segg/html/socios/seccion. Pág. 35

⁷ Op cit. Pág. 35

enfermedades e intervenciones quirúrgicas en el transcurso de la vida y, 3) a factores ambientales, que, en muchas ocasiones constituyen por sí mismos factores de riesgo, además, cuentan los factores sociales, psicológicos y de trabajo.

7.2.3. Envejecimiento

“El envejecimiento de la población es parte del proceso de transición demográfica, que implica un descenso de niveles altos a moderados en la mortalidad y fecundidad. Este proceso a su vez da lugar a la transición epidemiológica, donde las enfermedades transmisibles son reemplazadas por enfermedades crónico-degenerativas, situación que conlleva importantes consecuencias en materia de salud por tratarse de un grupo de edad con mayor vulnerabilidad a ciertas enfermedades. El envejecimiento, corresponde a un deterioro fisiológico generalizado y progresivo del organismo que se ve acelerado por la aparición de diversas enfermedades. La fragilidad ante la salud se torna muy heterogénea. Las enfermedades agudas se alejan o son sustituidas por las enfermedades crónico-degenerativas y discapacitantes.

En los años 70, la OMS/OPS, definió al envejecimiento como “Un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos durante todo el ciclo de la vida.⁸ En los últimos años de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que esos cambios se producen en los órganos de un mismo individuo, o en distintos individuos no son iguales. El envejecimiento es un privilegio y un logro social.

El proceso de envejecimiento tiene un efecto diferencial por sexo, por estratos socioeconómicos, por residencia rural o urbana, y en general por la historia que cada individuo va acumulando en el transcurso de su vida. El déficit nutricional, los efectos de las enfermedades infecciosas y las exposiciones al medio ambiente desde la concepción hasta la adultez, tienen consecuencias a largo plazo que afectan la salud y la funcionalidad de los adultos mayores.⁹

⁸ OMS. Envejecimiento y capacidad de trabajo. Pág. 36

⁹ La Fuente A. Vejez saludable e incapacidad funcional en la población anciana de Canarias. Pág. 36

Sin embargo no todas las personas envejecen de la misma manera y está bien documentado que la calidad de vida y el funcionamiento durante la vejez está relacionado a las acciones y omisiones que desarrolla cada persona durante su vida. Las posibilidades de alcanzar o de sobrepasar los niveles proyectados de esperanza de vida, y la calidad de vida durante ese periodo, dependen de las oportunidades y privaciones que se tuvieron durante la vida, de los ambientes en que se creció, del capital social y económico adquirido, en sí del cúmulo de experiencias vividas durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.¹⁰

7.2.3.1. Tipos de envejecimiento

Se conocen los siguientes tipos de envejecimiento:

Envejecimiento Fisiológico: proceso en que los parámetros biológicos son normales y se conserva la posibilidad de relación con el medio en que se mueve.

Envejecimiento Patológico: la presencia de enfermedades puede alterar el curso normal del envejecimiento fisiológico.

Envejecimiento Activo: Es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida, la misma que se determina en gran medida por su capacidad para mantener su propia autonomía y su funcionalidad en la vejez.

7.2.3.2. Características del envejecimiento en América Latina

Según la CEPAL 2000, el envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe se caracteriza, en contraste a lo observado en los países desarrollados, por:

¹⁰ Op. Cit. Pág. 37

Rápido crecimiento – Los países desarrollados envejecieron gradualmente durante todo un siglo; los países en desarrollo envejecerán rápidamente en menos de 30 años.

Pobreza – El mundo desarrollado era rico cuando envejeció, los países de América Latina y el Caribe envejecerán siendo aún pobres.

Heterogeneidad e inequidad – El proceso de envejecimiento acentúa las diferencias biopsico-sociales entre los individuos; en América Latina y el Caribe también acentúa las inequidades socioeconómicas y de género.

Envejecer, es un proceso dinámico, natural e inevitable, proceso en el que se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social. Podemos afirmar que todos tenemos el mismo ciclo de vida, no existe diferencia, entre hombres y mujeres, entre blancos o negros, entre ricos o pobres; es una realidad; todos envejecemos los 365 días al año.

7.2.3.3. Tasas de crecimiento poblacional y envejecimiento

Al finalizar el decenio de los 70 comienza a disminuir la tasa de crecimiento de la población, debido principalmente a una baja de la fecundidad. Este fenómeno se extendió a la mayoría de los países y al interior de estos de una manera gradual y estratificada comenzando por los sectores de mayor nivel de escolarización de las áreas urbanas hacia los de menor nivel de instrucción de las zonas rurales.¹¹

Entre 1980 y 1990 continúa el proceso de Transición Demográfica en todos los países, aunque se alteran algunos aspectos demográficos: composición de la familia, nupcialidad, movimientos migratorios, a consecuencia del período de crisis económica que sacude a la región. La tasa de crecimiento de la población promedio anual para ese período fue de 2.1 por ciento, este crecimiento relativamente alto (pese al decrecimiento de la mortalidad y la fecundidad) se explica por el potencial de las

¹¹ Chackiel J, Martínez J. Transición Demográfica en América Latina y el Caribe desde 1950. Pág. 38

cohortes en edad juvenil, cuyos nacimientos ocurrieron en años precedentes de expansión de la natalidad.¹²

Como consecuencia de los cambios señalados se ha producido un incremento del envejecimiento de la población latinoamericana, por lo que este proceso iniciado en los países desarrollados, es ahora un fenómeno del siglo XXI, en tanto afecta a la mayoría de las regiones del planeta, entre las cuales América Latina y el Caribe presentan el cuadro más difícil, 9 con tendencia al incremento en las próximas décadas.

Para ilustrar las ideas planteadas analicemos el cuadro siguiente, en el que se presenta la dinámica de la población senescente del mundo y por regiones en años seleccionados de los siglos XX y XXI.

Porcentaje de población de 65 años y más por regiones. 1950, 1990, 2000, 2025 y 2050

Zona o región	Años					Número Índice
	1950	1990	2002	2025	2050	
Regiones más desarrolladas	11.4	17.1	20.0	25.5	33.0	289.5
Regiones menos desarrolladas	6.3	6.9	8.0	12.0	19.0	301.6
África	5.2	4.8	5.0	6.4	10.0	192.3
Asia	6.7	7.7	10.0	14.2	18.0	268.7
Europa	12.9	18.7	15.0	27.0	27.0	209.3
América Latina y el Caribe	5.4	7.2	8.0	12.8	22.0	407.4
América del Norte	12.1	16.8	20.0	26.7	28.0	231.4
Oceanía	11.3	12.8	17.0	19.2	24.0	212.4
Todo el mundo	8.0	9.2	10.0	14.2	22.0	275.0

Fuente: Naciones Unidas 1998 y 2002, 2050

De manera general se constata el envejecimiento, como tendencia mundial, al estimarse un incremento del porcentaje de adultos mayores para el 2050 respecto al año base (1950) de un 275.0 por ciento. Sin embargo, no existe un comportamiento homogéneo en las distintas regiones. Entre todas las regiones destaca América Latina y el Caribe, para la que se prevé un aumento de los adultos mayores de alrededor del

¹² Op. Cit. Pág. 38

407.0 por ciento, respecto al año base. Aunque cabe aclarar que este proceso no sólo es heterogéneo inter – regiones, sino también intra - regiones.¹³

No obstante, estudiosos de la región han logrado clasificar los países de ésta en cuatro grupos, de acuerdo al estadio en que se encuentran con respecto a la transición demográfica.

En la etapa I, de Transición incipiente, clasifica Bolivia y Haití. En la etapa II, de Transición moderada, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay. En la etapa III, en plena Transición, aparece la mayoría de los países de América Latina, como México, Costa Rica, Venezuela, Surinam, Colombia, Trinidad y Tobago, Perú, Brasil y Guyana; mientras que la etapa IV, de Transición avanzada presenta dos grupos de países: los que han tenido baja mortalidad y baja natalidad desde hace tiempo. En éste se incluyen Argentina, Uruguay y Cuba y; los que han logrado recientemente disminuciones importantes de fecundidad y mortalidad, pero por su relativamente joven población, aún tienen tasas de crecimiento altas, como Bahamas, Barbados, Chile, Guadalupe, Jamaica, Martinica y Puerto Rico.¹⁴

7.2.3.4. Envejecimiento y enfermedad

La actitud preventiva en el adulto mayor forma parte de los pilares de la atención. Su objetivo es evitar el desarrollo de situaciones que, una vez implantadas, son difícilmente reversibles; entre ellas, cabe destacar la inmovilidad, inestabilidad, incontinencia, deterioro intelectual e iatrogenia.

La necesidad actual ha sido anticiparse al desarrollo de estas situaciones que, en caso de producirse y estabilizarse, en la medida de que envejece una persona, pueden considerarse como situaciones indicadoras de una pobre atención a éste grupo de pacientes.

¹³ Barros. Escenarios demográficos de la población. Año 2000-2050. Pág. 39

¹⁴ “ Rodríguez Cabrera A. La Teoría de la Transición Demográfica”. Pág. 40

Actualmente todos los profesionales de la salud reconocen que la atención de los adultos mayores, representa una proporción cada vez mayor de la atención primaria a la salud.

Existe una relación epidemiológicamente demostrada entre la enfermedad y el envejecimiento, esto no quiere decir que todas las enfermedades aumenten en función de la edad. Brody señaló dos grupos: enfermedades que se relacionan con la edad, las cuales se asocian con más frecuencia a una edad específica y las enfermedades que dependen de la edad, las que aumentan su incidencia de forma exponencial en la medida que aumenta la edad.¹⁵

Hay ciertos desórdenes asociados con los cambios intrínsecos que acompañan al envejecimiento y a los cuales el adulto mayor es particularmente proclive: los trastornos motores del esófago y la osteoartritis, por ejemplo.¹⁶ Algunas complicaciones de enfermedades comunes ocurren sólo décadas después de iniciado el proceso y son por ende más frecuentemente observadas en el adulto mayor (manifestaciones neoplásicas del sprue celíaco, las complicaciones de la hipertensión arterial o las manifestaciones tardías de la diabetes).

7.2.4. Valoración funcional

La valoración funcional constituye uno de los pilares más importantes para valorar un envejecimiento activo. El grado de deterioro funcional no puede estimarse a partir de los diagnósticos, el deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización.

La valoración de la función adquiere una dimensión muy especial en la evaluación de los pacientes de mayor edad; su deterioro puede ser indicador precoz de la enfermedad aún antes de la aparición de los síntomas clínicos, sirve para cuantificar diferencias en el impacto de enfermedades sobre el individuo y tiene un valor especial

¹⁵ OPS/OMS. Evaluación funcional del Adulto Mayor. Módulos de valoración clínica. Pág. 41

¹⁶ Op. Cit.

para evaluar resultados en la terapéutica y la rehabilitación. Debe realizarse en la atención al paciente geriátrico a través de la evaluación de la marcha, y la aplicación de la escala de Lawton que identifica las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); y para la parte cognitiva el test de EMEN.¹⁷, que actualmente en nuestro país son considerados dentro de la evaluación geriátrica integral del adulto mayor.

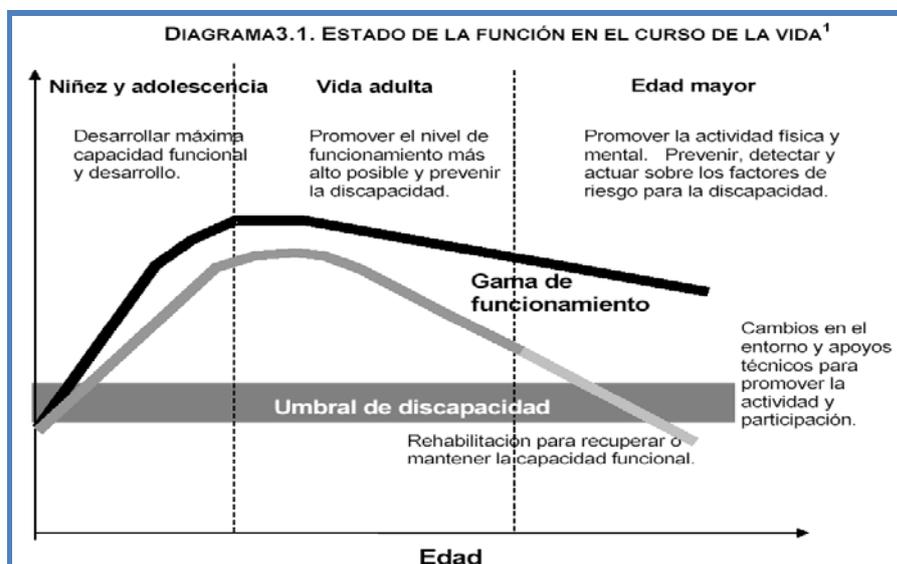
Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia.

Mediante intervenciones dirigidas, una persona discapacitada puede ganar al menos parte de la función perdida. Puede bajarse el umbral de discapacidad mediante adaptaciones ambientales apropiadas, tales como: transporte público accesible y adecuado en ambientes urbanos, la disponibilidad de rampas y los dispositivos simples de asistencia, como ayudas para caminar, utensilios de cocina adaptados, un asiento de inodoro con rieles, entre otros.

Las necesidades básicas, tales como asegurar el acceso fácil a recursos de agua limpia dentro del entorno inmediato, pueden hacer toda la diferencia para que las personas mayores puedan mantenerse independientes. En los ambientes de escasos recursos, un desafío especial es adaptar el entorno a las necesidades de las personas mayores discapacitadas y proveer dispositivos simples de asistencia. El mantener la calidad de vida para las personas mayores es una consideración principal, especialmente para aquellos cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse.

Existen muchas intervenciones específicas que pueden ayudar a las personas mayores a mejorar su capacidad funcional y de este modo su calidad de vida. Un enfoque de curso de vida hacia el envejecimiento saludable y activo, está basado por lo tanto, en comportamientos individuales, así como en las políticas que influyen esos comportamientos y que determinan el entorno en el cual viven las personas.

¹⁷ Álvarez P. Martínez D. et. al. Normas y Protocolos de atención geronto-geriátricas. MSP: Pág. 42



7.2.5. Deficiencia, discapacidad y minusvalía

Dada la amplia difusión de los términos, los ancianos son el grupo más expuesto. La OMS los ha definido como sigue:

Deficiencia se considera una pérdida de las funciones físicas o mentales, por alteraciones de índole anatómica o funcional de uno o más órganos, debido a enfermedades, envejecimiento o falta de uso; discapacidad se refiere a la involución que altera la capacidad funcional global, la que no siempre ocurre en la deficiencia.

En la **discapacidad** aparecen dificultades para realizar determinadas actividades básicas o instrumentadas de la vida diaria.

Minusvalidez representa las consecuencias sociales en individuos con discapacidad.

7.2.6. Calidad de Vida

El envejecimiento poblacional ha impuesto un nuevo reto para los sistemas de salud de los distintos países: hoy en día, lo más importante no es continuar aumentando la longevidad de las poblaciones, sino mejorar cualitativamente la salud y el bienestar de

éstas. Con tal fin, se ha desarrollado en las últimas décadas el término calidad de vida, que ha sido utilizado por especialistas de las más diversas disciplinas, como filósofos, economistas, sociólogos, psicólogos y médicos. Cada quien ha enfocado el término de manera diferente, en consonancia con su profesión.¹⁸

La mayoría de los autores coinciden en afirmar que el término calidad de vida aparece a mediados de la década del 70 del recién concluido siglo XX, con una gran expansión hacia los años 80. Aunque su existencia, encubierta en conceptos como bienestar, salud y felicidad, data de la civilización griega, romana, egipcia y hebrea.¹⁹

La evolución temporal del concepto se ha caracterizado por su continua ampliación, transitando desde la variante condiciones de vida hasta la experienciación (percepción, valoración) de estas condiciones, es decir, el término se ha movido tras un continuo objetivo – subjetivo, que ha traído como consecuencia la elevada complejidad de éste.²⁰

A los estudios sobre el constructo calidad de vida se les han señalado de manera genérica tres tipos de problemas: conceptuales, metodológicos e instrumentales. En relación con el primero, Moreno y Jiménez (1996), y Grau (1997, 1998) han señalado su “indistinción conceptual”, atribuida a la naturaleza compleja del término; en torno a esta problemática se plantea que el mismo suele confundirse con otras acepciones como bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad. “De ahí que resulte una entidad vaga y etérea, algo de lo que todo el mundo habla, pero que nadie sabe exactamente de qué se trata”²¹, el segundo problema, de carácter metodológico, se asocia por una parte con la naturaleza bipolar (objetivo – subjetiva) de la calidad de vida. El componente objetivo se refiere a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida, e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto (presencia o no de síntomas, funcionamiento físico), en tanto que el subjetivo se

¹⁸ Grau JA. Calidad de Vida y Salud: Problemas actuales en su investigación. Pág. 45

¹⁹ Moreno B. Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Evaluación de la Calidad de Vida. Pág. 45

²⁰ Alvarez M, et al. Construcción de un instrumento para medir calidad de vida en la Tercera Edad. Pág. 45

²¹ Grau JA. Calidad de Vida y Salud: Problemas actuales en su investigación. Pág. 45

corresponde con definiciones globales basadas en el bienestar y en sus dos marcadores básicos: la satisfacción y la felicidad.²² La cuestión de la objetividad se refiere también a quién es el evaluador: un observador externo o el propio sujeto. Esto es particularmente importante en la evaluación de la calidad de vida en relación con la salud.

En los últimos años las evaluaciones han privilegiado el componente subjetivo, de naturaleza psicológica, evaluada por el propio individuo; dado que muchos han considerado este componente como el más importante. Así, se ha planteado que las condiciones objetivas se refractan a través de las aspiraciones, de las expectativas, de referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y emociones, y es a través de este proceso que se convierte en bienestar subjetivo. No basta con que aumenten los indicadores socioeconómicos para generar satisfacción, bienestar y felicidad.²³ Otro problema metodológico de actualidad es si la calidad de vida debe definirse como una medida global que se evalúa en su totalidad, o si se define en función de determinadas dimensiones relevantes en un contexto determinado. El tercer tipo de problema se relaciona con los instrumentos para la evaluación de la calidad de vida, dado por la naturaleza bipolar, ya señalada, y su multidimensionalidad, compleja e indeterminada, que le otorgan a ésta diversos matices en función de la alternativa a ejecutar. Los problemas conceptuales ya referidos originan problemas instrumentales, pues cabe esperar una medición imprecisa, de un concepto borroso y ambiguo. De ahí que, a pesar del desarrollo alcanzado en la producción de instrumentos, globales y específicos, para la evaluación de la calidad de vida, la mayoría de éstos adolecen de falta de la fiabilidad y la validez necesarias para ser utilizados.

7.2.7. Envejecimiento Saludable

El estado de salud se puede ver afectado en cualquier momento y etapa de la existencia del ser humano (desde la gestación hasta la ancianidad), por diferentes

²² Op. Cit.

²³ Fernández R. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Pág. 45

factores como los bajos ingresos económicos, bajos o ningún nivel de educación formal, pautas y estilos de vida no recomendables, factores ambientales (contaminación), el desempleo, el abandono de la familia, malos hábitos nutricionales (la buena salud está correlacionada con la buena nutrición), y llevar desde edades tempranas un estilo de vida sano y adecuado, este último sobre todo está amparado por el factor socioeconómico; factores que intervienen directamente en la salud y por ende definen una edad mayor saludable.²⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS, 1982), definen a la salud del anciano por su capacidad para funcionar, y no por las limitaciones, discapacidad o enfermedad presente, en tanto que el estado de salud es definido entre los envejecidos no en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional y actividad.

Según la OPS y OMS en América Latina se está dando el proceso de envejecimiento de su población lo cual implica procedimientos ineludibles en políticas de salud para este grupo etario, programas de servicios sociales y servicios médicos que atiendan las condiciones crónicas que acompaña a la longevidad.²⁵

El envejecimiento de la población a nivel mundial y sobre todo en los países de América Latina y el Caribe sumado a la transición epidemiológica en el que prevalecen las enfermedades crónico-degenerativas, constituirá para el futuro una transformación sustancial del perfil en la necesidad de mayores servicios de salud públicos como privados. La transición epidemiológica obedece, a los cambios en la estructura de la edad de la población como resultado de la Transición Demográfica y, al proceso de envejecimiento de la población con sus cambios determinantes en el perfil epidemiológico.

El número de personas que arriban o sobrepasan los 65 años de edad se ha incrementado de algo más de 400 millones en 1950 a 600 millones en la actualidad con un pronóstico de 1 200 millones para el año 2025, equivalente a un 14% de la

²⁴ www.eclac.cl/deype/mecovi. Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe. Pág. 46

²⁵ OPS. La salud en las Américas. Pág. 46

población mundial. Así mismo un porcentaje del 72% vivirá en los países en vías de desarrollo.²⁶

En general, los 65 años de edad es aquella que gobiernos y organizaciones internacionales comienzan a definir como la del “adulto mayor”, no obstante que las expectativas de vida varían en diferentes escenarios y hay muchos factores que afectan el proceso de envejecimiento de una persona. Algunas personas podrían ser “viejas” a los 35 años; otras viven en forma plena y productiva cumplidos ya los 100 años. En muchos lugares las personas no definen su edad en términos de cuantos años han vivido, sino en términos de lo que son capaces de hacer.²⁷

El segmento de más rápido crecimiento de la población de adultos mayores es el de las personas de 80 años o más. Su número es de 70 millones, y se espera que en los próximos 50 años esa cifra se quintuplique. El número de mujeres de edad supera al de los hombres, y este aumento es más pronunciado en las edades más avanzadas. En la actualidad se estima que hay 81 hombres por cada 100 mujeres mayores de 60 años, y esta proporción disminuye a 53 hombres por cada 100 mujeres de 80 años o más.²⁸ Este crecimiento demográfico, presenta grandes desafíos para la vida de las personas que van más allá de la simple adición de años, ya que adquieren dimensiones muy complejas y multifacéticas.

Este aumento en la longevidad, si bien es celebrado por la sociedad en su conjunto y por sus miembros individuales, tiene repercusiones profundas para las cuestiones relativas a la calidad de vida y para evitar la dependencia de los adultos mayores se ha recomendado impulsar el *envejecimiento saludable* en todo el mundo. Al respecto, las agencias internacionales como la OPS y WHO han aconsejado trabajar en promoción de la salud en todas las etapas del ciclo vital para permitir el *envejecimiento saludable*, en la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles como

²⁶ Chackiel J, Martínez J. “Transición Demográfica en América Latina y el Caribe desde 1950. Pág. 47

²⁷ MSP. Anuario estadístico. Pág. 47

²⁸ Rodríguez C. La teoría de la transición demográfica. Pág. 47

cardiopatías, arteriosclerosis, diabetes, obesidad, hipertensión arterial, salud mental y en el impulso de políticas favorables al envejecimiento activo y saludable.

Actualmente se postula que para lograr el desarrollo humano a lo largo del ciclo vital, la sociedad debe de proveer oportunidades para que “todos los individuos puedan alcanzar una edad avanzada con habilidades para adaptarse a los cambios, con habilidades para seguir contribuyendo productivamente, con buena salud y con una red de apoyo familiar y social.”²⁹ Muchos gobiernos de la región, últimamente han impulsado un enfoque global de la temática de los adultos mayores reconociéndolas como personas valiosas en el proceso de desarrollo, promocionando la solidaridad entre generaciones y un *envejecimiento más activo y saludable como contrapunto a la dependencia*. Con el propósito de lograrlo, se involucra a las mismas personas mayores para que participen en ello. Es así como se han iniciado diferentes acciones para promover un envejecimiento más saludable y lograr la protección de la calidad de vida en las personas mayores.

7.2.8. Envejecimiento satisfactorio

Para alcanzar una longevidad satisfactoria y envejecimiento activo, debe lograrse un *envejecimiento saludable*, etapa esta última que comienza mucho antes de los 65 años. Esta solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades.

Si bien la mayor parte de los adultos mayores está en condiciones de mantenerse libre de discapacidad, la falta de un envejecimiento saludable desemboca en una vejez "patológica", y una proporción de ellos, que aumenta con la edad, se torna frágil y necesita apoyo, atención o institucionalización, muchas veces por el resto de sus vidas. Esto determina que el crecimiento de la población más vieja conduzca a una creciente demanda de servicios sociales y de salud. Si bien la mayoría de las personas de edad pueden satisfacer sus necesidades con los servicios habituales de

²⁹ www.bibliotecas.salud.gob.mx. La salud del Adulto Mayor . pág 48.

salud donde se atiende la población en general, un grupo de ellos, los frágiles y los que se encuentran en estado de necesidad, demandan la especialización geriátrica de esta atención, por tener ellos demandas de salud únicas y especiales. Ellos deben ser evaluados por un médico geriatra y por un equipo multidisciplinario con formación en gerontología. A continuación se definen brevemente algunos de estos conceptos:³⁰

Envejecimiento satisfactorio: Condición de salud, que en su sentido más amplio, permite a las personas de edad satisfacer sus expectativas personales y cubrir las exigencias que le impone el medio donde viven. Para que se produzca se necesita:

Un envejecimiento saludable

Estilos de vida satisfactorios

Mantenimiento de las reservas funcionales corporales

Prevención de las enfermedades y discapacidades

Una sociedad más amigable con las personas de edad

Anciano frágil: Personas mayores que por condiciones biológicas, psicológicas, sociales o funcionales están en riesgo de desarrollar un estado de necesidad.

Anciano en estado de necesidad: Personas que por su discapacidad física o mental, por abandono social o por privación económica necesitan de un sistema de cuidados continuados y de largo plazo.

Cuidados a largo plazo: Sistema de cuidados que se brinda por tiempo prolongado, en la comunidad, pudiendo ser brindadas en sus domicilios o en instituciones (hospitales o distintas instituciones).

Equipo Multidisciplinario de Atención al adulto mayor: Equipo de trabajo integrado a lo menos por un médico, enfermera y trabajadora social, capacitados especialmente en gerontología y geriatría que complementan con atención especializada los servicios habituales en los diferentes niveles de atención a las personas de edad frágiles o en

³⁰ OPS. Módulos de valoración clínica. Módulo 3. Pág. 49

estado de necesidad. A dicho equipo pueden integrarse otros sectores, técnicos y profesionales que contribuyan a solucionar las demandas de este tipo de pacientes.

Consecuencias para la salud

La “salud” de un adulto mayor se mide en términos de función mejor que de patología. La buena salud y el envejecimiento satisfactorio se definen por la “capacidad para funcionar de manera autónoma en un contexto social determinado”. Si es social e intelectualmente activa, el adulto mayor puede considerarse sano, aun cuando tenga alguna enfermedad crónica y esté tomando fármacos.

La atención de salud de los adultos mayores, consiste en ayudarlos a mantener un comportamiento saludable, promover su bienestar y salud general, dispensarle cuidados de forma continua, que abarquen una amplia gama de posibilidades como en las enfermedades agudas y de largo plazo (instituciones) y reconfortarlos a la hora de la muerte.

El cambio epidemiológico observado, predice que sino se enfatiza en la prevención y en un envejecimiento saludable habrá un incremento de la población portadoras de enfermedades crónicas o limitantes que por lo tanto dependerán de otros en su cuidado.

Algunos datos observados al respecto:³¹

- Las afecciones crónicas más frecuentes en los adultos mayores en todo el mundo son las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, la osteoartritis, las pulmonares y los desórdenes mentales como la depresión y la demencia (enfermedad de Alzheimer).
- Según las proyecciones, hacia 2020 las tres cuartas partes de las muertes en los países en desarrollo estarán relacionadas con el envejecimiento. La proporción más cuantiosa corresponderá a las enfermedades no transmisibles.

³¹ Prieto O. Atención al anciano. Desarrollo y perspectivas. Pág. 50

- Los índices de hipertensión y la prevalencia de la diabetes aumentan rápidamente en el mundo en desarrollo. Las enfermedades circulatorias y el cáncer ya son las principales causas de mortalidad en Chile, Argentina, Cuba, el Uruguay y partes de Asia.
- En los países en desarrollo (pobres), todas las enfermedades agudas y crónicas de los adultos mayores están exacerbadas por la pobreza persistente y la falta de servicios apropiados.
- Las enfermedades oftalmológicas, como las cataratas, glaucoma, tracoma y xeroftalmia son causa de discapacidades visuales en el mundo en desarrollo.
- En las regiones más desarrolladas, las principales afecciones crónicas de los adultos mayores son la osteoartritis y otras enfermedades osteomusculares, las deficiencias sensoriales (de la vista y el oído), la incontinencia urinaria y el edulismo (pérdida de la dentadura).
- Entre los más ancianos, las afecciones más limitantes son la demencia, los ataques apopléticos (accidentes vasculares cerebrales) y la fractura del cuello del fémur (cadera).

7.3.9. Fragilidad – Dependencia vs. Envejecimiento activo y saludable

En nuestra región latinoamericana, conforme disminuye la mortalidad infantil, aumenta la esperanza de vida al nacer y disminuye el crecimiento poblacional, avanza en paralelo la transición epidemiológica; sin embargo, el cambio en el perfil de la mortalidad no implica que se hayan abatido los problemas pre-transicionales.³² No ha habido un desplazamiento, sino un traslape en el patrón de morbilidad: ha aumentado la proporción de afecciones crónico-degenerativas, pero todavía prevalecen la importancia de los problemas infecciosos y otros.

Idealmente en todos los países, al mejorar las condiciones de vida y de atención a la salud, debiera ocurrir una compresión de la morbilidad. Esto significa que las enfermedades habrían de presentarse cada vez más tarde en la existencia y cada vez

³² www.inec.gov.ec. Pág. 51.

por períodos más cortos de tiempo. Sin embargo, conforme se desplaza el inicio de enfermedades mortales prevenibles como la patología cardiovascular, aumenta la incidencia de enfermedades crónicas no prevenibles como los padecimientos demenciales, la osteoartrosis y el deterioro sensorial, que son generadores de una gran dependencia funcional. Es así que la repercusión funcional de la enfermedad es un indicador altamente significativo y que debe de ser considerado en la planeación asistencial y para la asignación de los recursos locales. En última instancia, el deterioro funcional conduce paulatinamente a la fragilidad del individuo volviéndolo más vulnerable y menos recuperable lo que lo transforma en dependiente.

La *fragilidad* del individuo depende de su salud física, su situación social y su estado mental. La fragilidad se gesta, en general, a lo largo de decenios y su consecuencia principal es la dependencia en varios niveles: desde la económica (amplia y auto estimulada), la afectiva y eventualmente la física, que puede llegar a comprometer el desempeño de las más elementales actividades de la vida cotidiana. Es claro que la merma de la capacidad funcional y la consiguiente dependencia conducen a un deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores. Por otra parte, la dependencia tiene un costo social que se expresa inicialmente en el nivel familiar, pero que ha de ser reconocido por el Estado y abordado para brindar el necesario apoyo de la manera más eficiente posible y buscando siempre la recuperación o por lo menos el mantenimiento del nivel funcional.³³

Sabemos que la “salud” constituye el aspecto más relevante de la calidad de vida a medida que la persona avanza en años y que es conveniente mantener la independencia y vivir en un entorno social estable. Si descubrimos maneras de prolongar y mantener nuestra vitalidad física e intelectual por un período tan largo como sea posible, podremos seguir aportando a nuestras familias y a la comunidad, al mismo tiempo que ellos siguen beneficiándose de nuestras experiencias y éxitos.

Varios estudios han concluido que para lograr una vida larga y feliz, llamado *envejecimiento saludable*, es el resultado de las opciones de cada persona en asuntos como la dieta, el ejercicio y los mecanismos adecuados para enfrentar las

³³ Álvarez P. Martínez D. et. al. Normas y Protocolos de atención geronto-geriátricas. Pág. 52

adversidades. Los investigadores de la Universidad de Harvard llevaron a cabo un estudio sin precedentes de la salud física y mental de 724 personas a medida que envejecían y a lo largo de 60 años.

Allí, los investigadores identificaron siete factores que parecían predecir un envejecimiento saludable y feliz: el consumo moderado de bebidas alcohólicas, no fumar, un matrimonio estable, el ejercicio, el peso adecuado, los mecanismos positivos para lidiar con las dificultades y la ausencia de depresión. Concluyen que "una ancianidad activa y feliz bien puede que no sea cuestión de los astros ni de la suerte, sino de nuestros genes y de nosotros mismos".³⁴

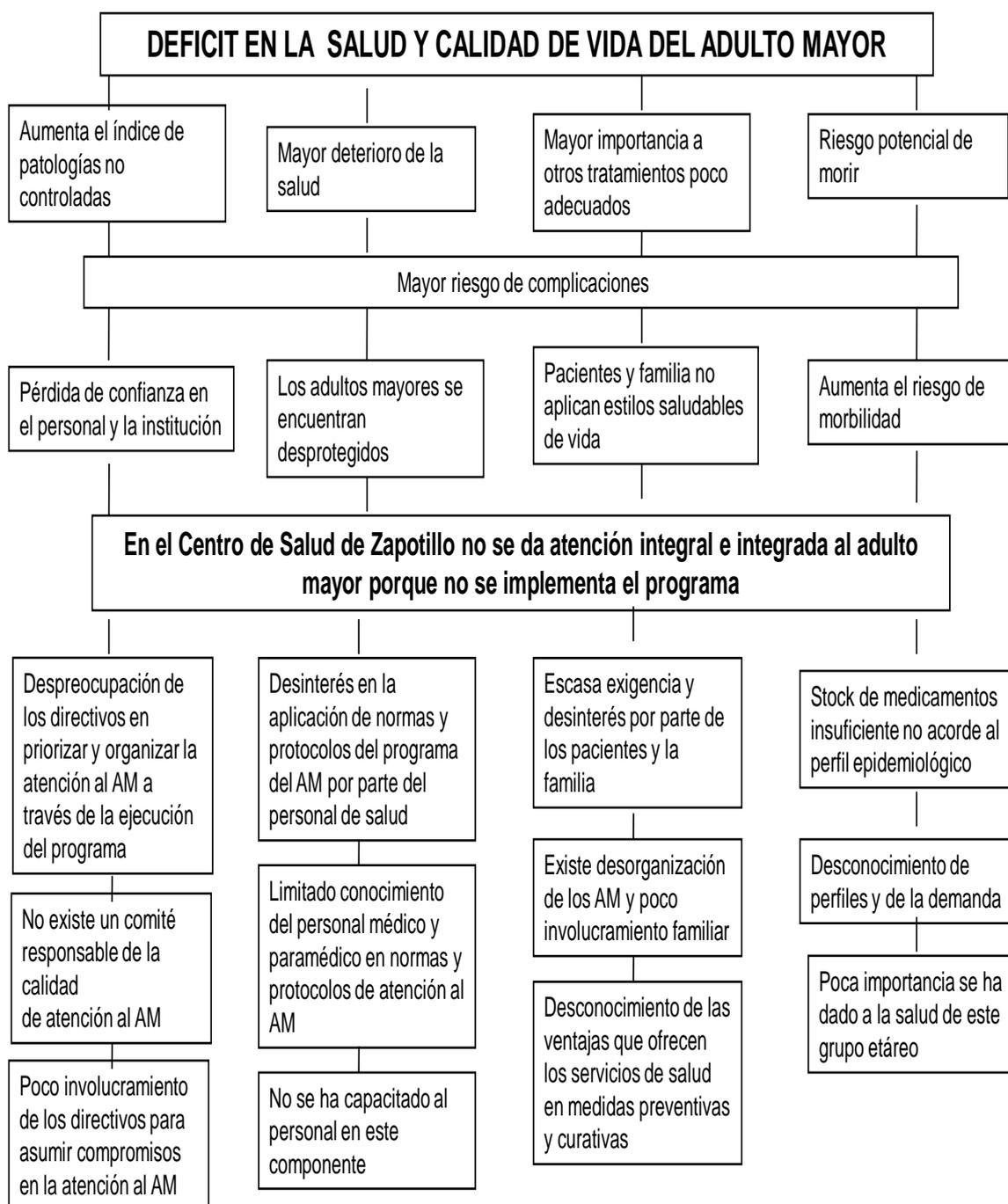
³⁴ Molinero S. Fragilidad en la esfera social. Pág. 53

8. DISEÑO METODOLÓGICO

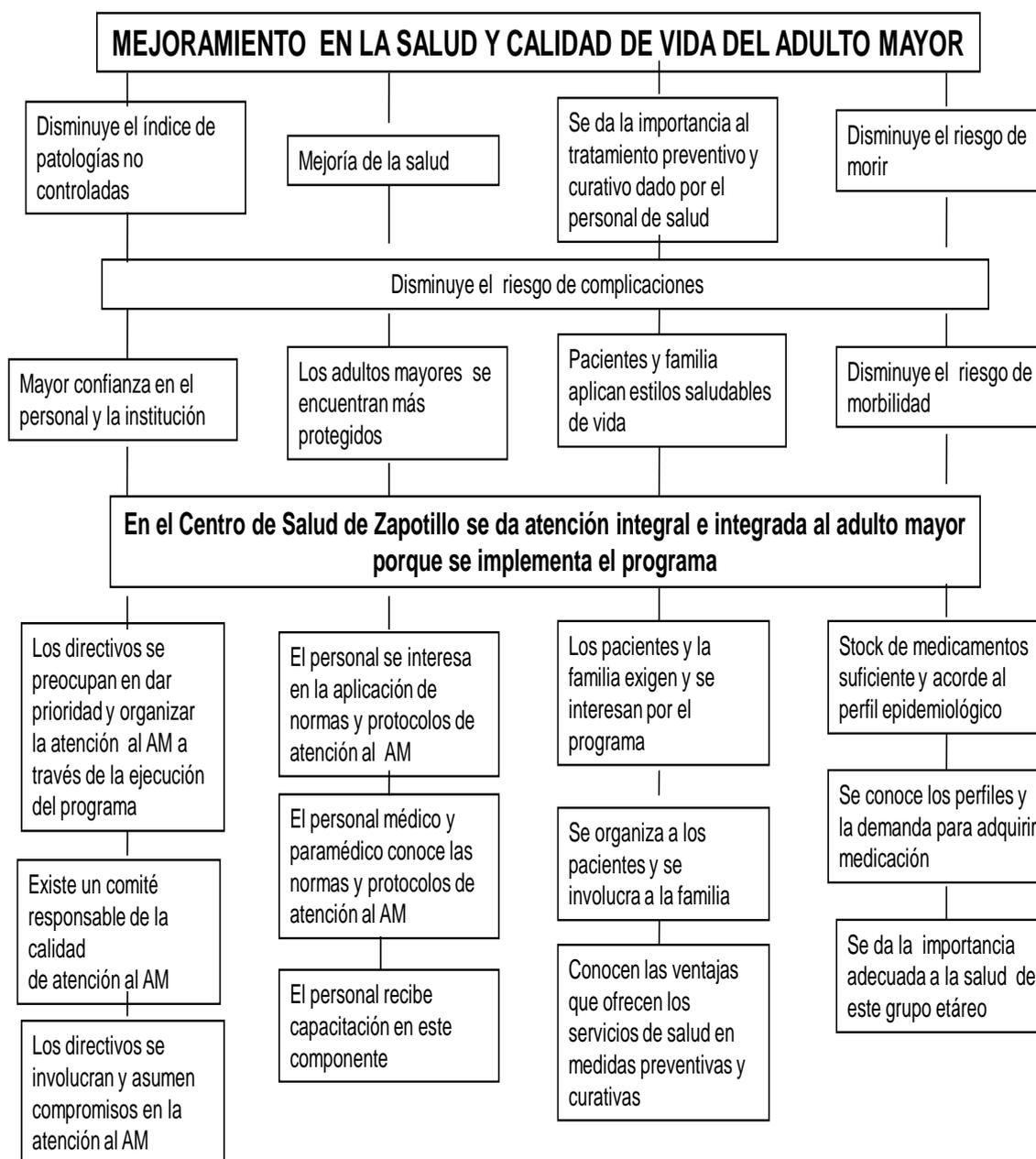
8.1. MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Personal del Centro de Salud de Zapotillo	Brindar atención con calidad y calidez y resolver los problemas del adulto mayor	Recursos humanos capacitados en normas y protocolos de atención al adulto mayor	Desconocimiento, desinformación, no se maneja el programa
Directivos de la institución	Agilizar procesos administrativos para resolver los problemas del adulto mayor	Garantizar la calidad de atención al adulto mayor. Recursos humanos capacitados en políticas institucionales para la atención al adulto mayor.	Indiferencia ante los problemas del adulto mayor, decisiones políticas inadecuadas
Pacientes adultos mayores	Mejorar su estado de salud y calidad de vida	Derecho del adulto mayor a demandar atención médica de calidad.	Aumento de los problemas de salud en el adulto mayor, no recibe atención oportuna y de calidad
Familiares del adulto mayor	Conocer métodos de atención al adulto mayor y sus problemas	Recursos humanos motivados.	Dificultad para manejar los problemas del adulto mayor
Maestrante	Aportar al desarrollo local e institucional a través del proyecto dirigido al adulto mayor	Recurso humano capacitado	No se conoce cómo funciona el programa lo que repercute en abandono al adulto mayor

8.2. ARBOL DE PROBLEMAS



8.3. ARBOL DE OBJETIVOS



8.4. MATRIZ DE MARCO LÓGICO

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a mejorar la salud y calidad de vida del adulto mayor del área de influencia del Centro de salud Zapotillo		- Anuarios de estadísticas vitales - Historias clínicas de los pacientes -Partes diarios	-Los pacientes adulto mayores demandan la atención
PROPÓSITO El Centro de Salud de Zapotillo implementa el Programa de atención al AM, en beneficio de las personas que residen en el área de influencia	El 70% de los contenidos del Programa planteados a través del proyecto, se ejecutan adecuadamente hasta septiembre del 2010	- Informe del proyecto - Revisión de historial clínico -Formularios de registro de pacientes	- Se cuenta con el presupuesto necesario para la implementación del programa - Se ha difundido entre los usuarios - Participación activa del personal médico y enfermeras capacitado y actuando
COMPONENTES 1. Comité de calidad de atención al adulto mayor del Centro de Salud conformado y funcionando	El 100% del equipo ha sido conformado y se encuentra actuando, hasta abril de 2010	- Acta de conformación del comité -Plan de actividades	- Participación activa y motivada del comité - Participación activa del personal de salud
2. Personal médico y paramédico del Centro de salud capacitados sobre normas y protocolos de atención estandarizados	El 80% del personal ha sido capacitado y conocen normas y protocolos hasta agosto del 2010	- Contenidos de normas y protocolos de atención estandarizados - Listas -Fotos -Memorias de talleres -Encuestas pre y post-taller	- El personal está motivado y participa activamente - Disposición de tiempo del personal salud
3. Club del adulto mayor conformado con participación de la familia	El 40% de pacientes identificados se organizan y participan de las actividades hasta junio de 2010	- Acta de conformación de la directiva del Club -Listas - Fotos -Informe de la programación	- Participación activa del director asigna recursos y se implementa el programa -Participación activa de los

		-Informe del proyecto de acción	pacientes, familiares y personal de salud.
4. Se cuenta con stock de medicación acorde al perfil epidemiológico adulto mayor	El 70% de fármacos requeridos disponibles en la institución hasta agosto de 2010	- Lista de fármacos disponibles	-Gestión y participación activa de los directivos -Participación del Comité y responsable del programa

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
C1			
1.1 Reunión con el personal médico y paramédico del CSZ	Jefe de Área	Abril 2010	Sala de reuniones Recursos humanos
1.2. Conformar el comité y designar un responsable del Programa	Personal del CSZ Maestrante	Abril 2010	-Recursos humanos Material de oficina Computador
1.3 Elaborar un plan de actividades	Jefe de Área Maestrante Comité	Abril 2010	Sala de reuniones Recursos humanos Material informativo Infocus y computador
C2			
2.1 Planificación y organización del taller	Jefe de Área Comité	Agosto 2010	Computador Material de oficina
2.2 Ejecución del taller sobre normas y protocolos de atención integral al adulto mayor (contexto nacional, marco conceptual, proceso salud enfermedad del adulto mayor, diagnóstico por problemas, enfermedades prevalentes, sistema de información, aspectos	Coordinador Maestrante	Agosto 2010	Computador Proyector Copias Impresiones Material de oficina

éticos y técnicas de comunicación).			
2.3 Evaluar los conocimientos pre y post-taller.	Maestrante	Agosto 2010	-Computador -Material de oficina -Formulario de encuesta
2.4 Elaboración de memorias del taller.	Comité de atención	Agosto 2010	-Computador -Material de oficina -Formulario de encuesta
C3			
3.1 Captar a los adultos mayores ubicados en el sector de influencia	Comité de atención Médicos del CSZ	Abril 2010	-Computador de escritorio -Materiales de escritorio -Visitas domiciliarias -Documentos técnicos -Recursos electrónicos
3.2 Elaborar trípticos y guía de capacitación para el adulto mayor, agenda del día	Comité de atención	Mayo 2010	Computador de escritorio -Materiales de escritorio -Documentos técnicos
3.3 Organizar a los adultos mayores en el Club y conformar directiva. (Primera reunión)	Comité de atención	Junio 2010	-Sala de reuniones -Pizarra -Material de oficina -Computador -Recursos electrónicos
3.4 Elaborar con los integrantes del club el plan de actividades con enfoque preventivo	Comité de atención	Junio 2010	Computador de escritorio -Materiales de escritorio
C4			
4.1. Elaborar el perfil epidemiológico de éste ciclo de vida	Maestrante Comité de atención	Abril – agosto 2010	-Computador -Documentos técnicos -Material de oficina -Copias -Impresiones
4.2 Enlistar los requerimientos de medicinas de acuerdo al	Comité de atención	Abril – agosto 2010	-Computador -Documentos técnicos

perfil y necesidades			-Material de oficina -Impresiones
4.3. Realizar el seguimiento de la disposición de medicinas	Comité de atención	Abril – agosto 2010	Computador -Documentos técnicos -Material de oficina -Impresiones

9. RESULTADOS

9.1. RESULTADO 1: Comité de calidad de atención al adulto mayor conformado y funcionando.

Para lograr éste resultado se ejecutaron las siguientes actividades:

9.1.1 Reunión con el personal médico y paramédico del Centro de salud de Zapotillo.

9.1.2. Conformación del comité y designación de un responsable del Programa.

9.1.3 Elaboración del plan de actividades.

9.1.1 Reunión con el personal médico y paramédico del Centro de Salud Zapotillo.

Previa conversación con el director de la institución a quien se le expuso la temática del presente proyecto, dispuso la socialización del proyecto de acción a todo el personal.

La reunión se realizó con 11 participantes del Centro de Salud de Zapotillo, en la cual se expuso el proyecto tomando en cuenta que la atención diferenciada al adulto mayor (mayores de 65 años) es parte del nuevo programa que propone el MSP, y también es política de Estado por lo que debía ser ejecutado. Una vez que todos conocieron los objetivos del proyecto y el jefe de área dispuso su ejecución, se procedió a conformar el comité. (Anexo 1 y 2).

9.1.2 Conformación del comité y designación de un responsable del Programa.

Durante la reunión existieron diversas opiniones a cerca de la atención al adulto mayor. Particularmente cuatro personas manifestaron su interés por trabajar con éste grupo etéreo, de tal manera que se procedió a conformar el comité responsable de la calidad de atención al adulto mayor, con los siguientes integrantes: Dr. Edgar Villalta. Presidente del Comité. Dra. Nilda Ramírez. Coordinación. Dr. Fabián Loyola y Dr. Fabián Pilco como vocales del Comité. Lic. Lidia Banegas. Secretaria del Comité. Por

consenso se acordó nombrar a la Dra. Nilda Ramírez como responsable del Programa de atención al adulto mayor, por haber tomado la iniciativa de la implementación del programa. (Anexo 3).

9.1.3 Elaboración del plan de actividades.

Seguidamente, se establecieron acuerdos y compromisos y se elaboró el plan de actividades para la atención al adulto mayor y que serán ejecutadas, evaluadas y supervisadas por el comité; el cual se detalla a continuación:

PLAN DE ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE CALIDAD DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

El comité de calidad de atención al adulto mayor será el responsable de vigilar la calidad técnica durante la atención al paciente, promoviendo el buen trato, una buena relación interpersonal, privacidad, comodidad, limpieza, disminuyendo el tiempo de espera, con información adecuada, y disponibilidad de medicinas, vacunas, insumos acordes a la demanda.

Para esto el comité construyó el plan de actividades tomando en cuenta estándares de calidad pre normatizados por el Ministerio de Salud Pública.

ESTÁNDARES DE CALIDAD DEFINIDOS PARA LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

El comité de calidad de atención a través del uso de indicadores será el encargado de vigilar que se cumplan los siguientes estándares en la unidad de salud:

1. Todo el personal de la unidad de salud que brinde atención directa a personas adultas mayores, debe ser capacitado en las Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor.
2. Contará con al menos un grupo organizado de adultos mayores y con un plan de trabajo elaborado en conjunto.

3. La sala de emergencia y cada consultorio que atienda personas adultas mayores, contará con la Norma y Protocolos de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, como un instrumento de consulta.
4. A toda persona adulta mayor en su primera consulta se le realizará y registrará en la historia clínica única (formulario N° 057 Atención al Adulto Mayor) la valoración clínica y de laboratorio y el tamizaje rápido.
5. A toda persona adulta mayor, en su quinta consulta programada se le habrá completado y registrado en la historia clínica (formulario N° 057 Atención al Adulto Mayor y anexo de escalas la valoración geriátrica integral.

PROGRAMACION DEL PLAN DE ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE CALIDAD

ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Organización y formación del Club del adulto mayor, elaborar plan de trabajo para el año.	Comité de calidad de atención al AM
Planificación de talleres de capacitación en norma y protocolos de atención al adulto mayor	Responsable del Programa Comité de calidad de atención al AM
Provisión de material. Libros sobre normas y protocolos de atención al adulto mayor a profesionales médicos y paramédicos.	Responsable del Programa Comité de calidad de atención al AM
Desarrollo de los talleres de capacitación sobre norma y protocolos de atención al adulto mayor	Coordinador de Área Comité de calidad de atención al AM
Evaluación del llenado de historia clínica, laboratorio, y tamizaje rápido al adulto mayor semestralmente.	Comité de calidad de atención al AM
Evaluación de valoraciones geriátricas integrales al adulto mayor, semestralmente.	Comité de calidad de atención al AM
Gestionar la disposición de medicinas acordes al cuadro básico de medicamentos y a la demanda del adulto mayor	Comité de calidad de atención al AM
Evaluar las actividades extramurales.(visitas domiciliarias al adulto mayor)	Comité de calidad de atención al AM Responsable de evaluación de atención primaria
Sostenibilidad de las actividades programadas	Directivos del área Comité de calidad de atención al AM Responsable del programa

TABLA N° 1. Resultado 1: Comité de calidad de atención al adulto mayor conformado y funcionando.

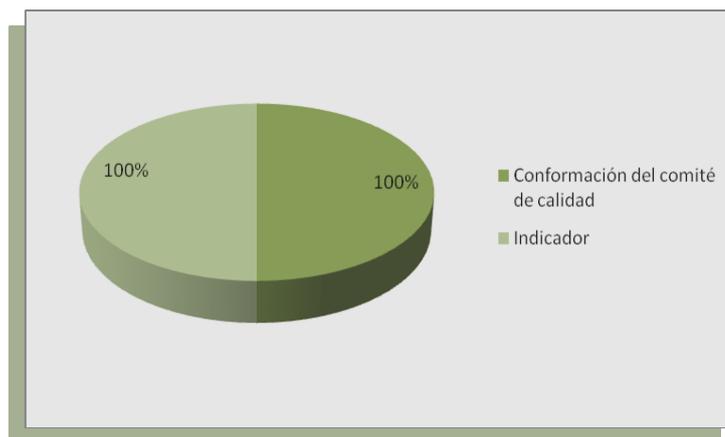
ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO
Reunión con el personal médico y paramédico del Centro de Salud Zapotillo.	100%
Conformación del comité de calidad de atención al adulto mayor y designación del responsable del programa	100%
Plan de plan de actividades del comité	100%
Total	100%

Fuente: Resultado componente 1.

Elaboración: la autora

Analizando el primer resultado en forma general se cumplió con el 100% de las actividades planificadas.

GRAFICO 1. RESULTADO ESPERADO 1, EN COMPARACIÓN CON EL INDICADOR PROPUESTO



Fuente: Resultado componente 1.

Elaboración: la autora

En el resultado 1, se llegó al 100% de la conformación del comité de calidad de atención al adulto mayor, y se alcanzó el indicador propuesto que fue del 100%.

9.2. RESULTADO 2: Personal médico y paramédico del Centro de Salud de Zapotillo capacitado sobre normas y protocolos de atención estandarizados.

Para lograr este resultado se ejecutaron las siguientes actividades:

9.2.1 Planificación y organización del taller

9.2.2 Ejecución del taller sobre normas y protocolos de atención integral al adulto mayor (contexto nacional, marco conceptual, proceso salud enfermedad del adulto mayor, diagnóstico por problemas, enfermedades prevalentes, sistema de información, aspectos éticos y técnicas de comunicación).

9.2.3 Evaluación de conocimientos pre y post-taller.

9.2.4 Elaboración de memorias del taller.

9.2.1 Planificación y organización del taller

Luego de la disposición de que debía implementarse el Programa de atención al adulto mayor, y con la finalidad de empezar a realizar las actividades planteadas por el comité de calidad de atención, se realizó la planificación del taller sobre normas y protocolos de atención integral al adulto mayor dirigido a todo el personal médico y paramédico del Centro de salud, que se realizó los días 18 y 19 de agosto del año en curso. De la organización nos encargamos con el Coordinador del área, para la provisión del material educativo y la preparación de los contenidos del taller.

Como el presente proyecto de acción es institucional diseñado para el Centro de salud de Zapotillo, se debía capacitar solamente al personal de la unidad, sin embargo se decidió ampliar la capacitación al personal de las 6 unidades operativas del Área 13 considerando, que las capacitaciones del MSP bajo ninguna circunstancia son

excluyentes. Así en total suman 25 personas que debían capacitarse (médicos, enfermeras, odontólogos, auxiliares de enfermería), pero se capacitó a 21 personas. El jefe de Área realizó la invitación a todo el personal de salud involucrado en la atención directa al adulto mayor. (Anexo 4).

9.2.2 Ejecución del taller sobre normas y protocolos de atención integral al adulto mayor (contexto nacional, marco conceptual, proceso salud enfermedad del adulto mayor, diagnóstico por problemas, enfermedades prevalentes, sistema de información, aspectos éticos y técnicas de comunicación).



En este primer día de taller realizado el día 18 de agosto se capacitó a 21 profesionales. (Anexo 5 y 20).

Se dió la bienvenida al personal y se inauguró el taller por parte del director de la institución. Se entregó el material didáctico al personal y se realizó un pre test para medir conocimientos acerca de los protocolos y normas de atención al adulto mayor que deben seguirse. Posteriormente se ejecutó la agenda planificada para ese día mediante conferencias, trabajo grupal y participación interactiva.

Agenda de trabajo para el día 18 de Agosto de 2010

CONTENIDOS	TECNICAS	RESPONSABLES
Inauguración		Dr. Edgar Villalta. Jefe de Área
Introducción al trabajo: Objetivos, metodología, resultados esperados. Aplicación de encuesta	Exposición	Dr. Vicente Burneo
Contexto nacional: Política Pública, Plan Nacional del Buen Vivir, Políticas de Salud del Adulto Mayor, Envejecimiento activo. Envejecimiento de la Población: Transición Demográfica, epidemiológica. Factores y determinantes Sociales, culturales y políticos.	Exposición-participativa	Dra. Nilda Ramírez
RECESO		
Marco conceptual y operativo de la Norma y Protocolo de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. Enfoque asistencial continuo y progresivo. Normativa General	Exposición participativa	Dr. Vicente Burneo
Proceso salud enfermedad del adulto mayor: Grandes Síndromes Geriátricos Claves de diagnóstico por problemas Enfermedades prevalentes	Exposición	Dr. Vicente Burneo
Valoración Geriátrica Integral: Clínica y Laboratorio, Funcional, Psíquica, Nutricional, Social Escalas	Taller Exposición participativa	Dra. Nilda Ramírez
ALMUERZO		
Valoración geriátrica. Estudio de caso	Trabajo de grupos. Caso 1	Participantes Dra. Nilda Ramírez
Síntesis y consolidación del conocimiento	Plenaria	Relatores de grupos
Técnica de relajación	Participativa	Participantes Lic. Lidia Banegas
Grandes Síndromes Geriátricos: estudio de caso	Trabajo de grupos. Caso 2	Participantes Dr. Vicente Burneo
Síntesis y consolidación del conocimiento	Plenaria	Relatores de grupos



En el segundo día de taller realizado el 19 de agosto del presente año se dió nuevamente la bienvenida al personal, ahora por parte de uno de los facilitadores. Se continuó con la programación, en este día se capacitó igualmente a 21 profesionales. (Anexo 6 y 20).

Se ejecutó la siguiente agenda de trabajo:

Agenda de trabajo para el día 19 de Agosto de 2010

CONTENIDOS	TECNICA	RESPONSABLE
Palabras de Bienvenida		Dr. Edgar Villalta. Jefe de Área
Claves de diagnóstico por problemas Estudio de caso	Trabajo de grupos. Caso 3	Participantes Dr. Vicente Burneo
Síntesis y consolidación del conocimiento	Plenaria	Relatores de grupos
RECESO		
Enfermedades prevalentes Estudio de caso	Trabajo de grupos. Caso 4	Participantes Dra. Nilda Ramírez
Síntesis y consolidación del conocimiento	Plenaria	Relatores de grupos
Dinámica de relajación	Participativa	Lic. Lidia Banegas
Sistema de Información: H:C:U:, formulario MSP-057 Atención adulto mayor-2010. Registro diario, consolidado mensual	Exposición	Dr. Vicente Burneo
ALMUERZO		
Ejercicio del llenado de la HCU (caso clínico N° 4) y aplicación de estándar e indicador	Trabajo de grupos	Relatores de grupos
Síntesis del Taller de la Norma y Protocolos de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor	Participativa	Participantes Dra. Nilda Ramírez
Aspectos éticos y técnicas de comunicación con el adulto mayor	Exposición participativa	Dra. Nilda Ramírez
Compromisos	Participativa	Participantes
Aplicación de la encuesta	Participativa	Dra. Nilda Ramírez
Clausura		Comité de calidad de atención al adulto mayor

Al culminar el segundo día de taller se deja un tiempo de 10 minutos para aplicar el test de conocimientos, se establecen acuerdos y compromisos y se realiza la clausura. (Anexo 13 y 14).

9.2.3 Evaluación de conocimientos aprendidos pre y post-taller

Para evaluar los conocimientos aprendidos, se realizó un test pre y post-taller, y se determinó que el personal se empoderó de los contenidos dados a conocer en los dos días de talleres sobre normas y protocolos de atención integral al adulto mayor, que con el apoyo de los textos que fueron entregados previamente, les incentivó a conocer

un programa nuevo que recién está siendo implementado en las unidades de salud, y se observó la diferencia antes y después de la capacitación.

TABLA Nº 2. Análisis del test de evaluación de conocimientos

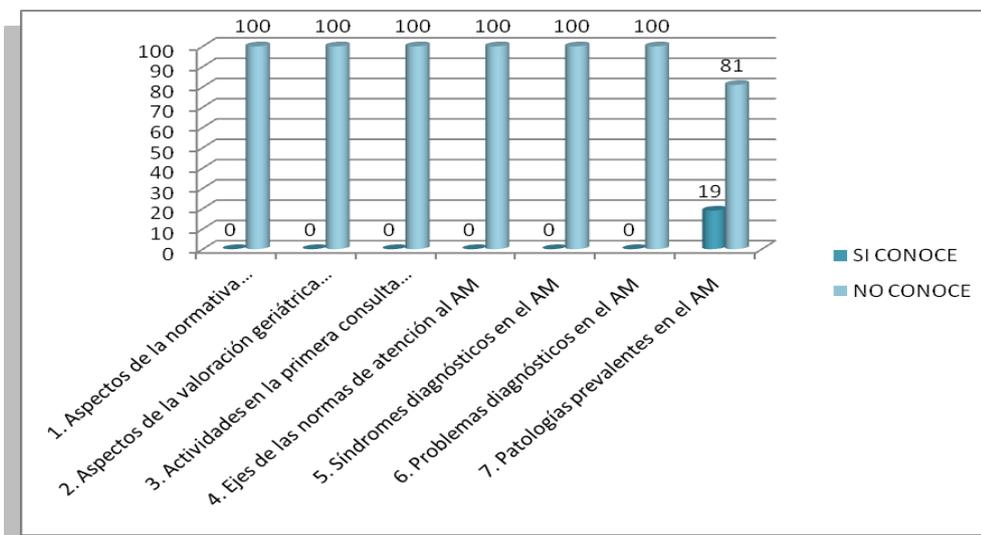
Preguntas	Pre test				Post test			
	Si conoce		No conoce		Si conoce		No conoce	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Enumere cinco aspectos de la normativa general para la atención integral al adulto mayor.	-	-	21	100	19	90	2	10
2. Que aspectos abarca la valoración geriátrica integral.	-	-	21	100	21	100	-	-
3. Que actividades deben realizarse en la primera consulta del adulto mayor.	-	-	21	100	21	100	-	-
4. Enumere los tres ejes de las normas en atención integral al adulto mayor	-	-	21	100	21	100	-	-
5. Cuáles son los síndromes diagnósticos que deben considerarse en el adulto mayor	-	-	21	100	21	100	-	-
6. Enumere los problemas diagnósticos en la atención al adulto mayor	-	-	21	100	21	100	-	-
7. Enumere las patologías prevalentes en el adulto mayor.	4	19	17	81	21	100	-	-
Total		2.8		97.2		98.6		1.4

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud.

Elaboración: la autora

En la presente tabla se puede observar el desconocimiento de las normas y protocolos de atención en el 97% del personal antes de la capacitación, no se llega al 100% porque el 2.8% de ellos conocen las patologías prevalentes en este grupo etáreo. Después de la capacitación se puede observar que el 98.6% del personal capacitado conoce las normas y protocolos de atención al adulto mayor, con excepción del 1.4% que por alguna situación no estuvo atenta a la conferencia donde se habló de la normativa general para la atención al adulto mayor.

GRAFICO Nº. 2. Análisis del pre test sobre normas y protocolos de atención al adulto mayor

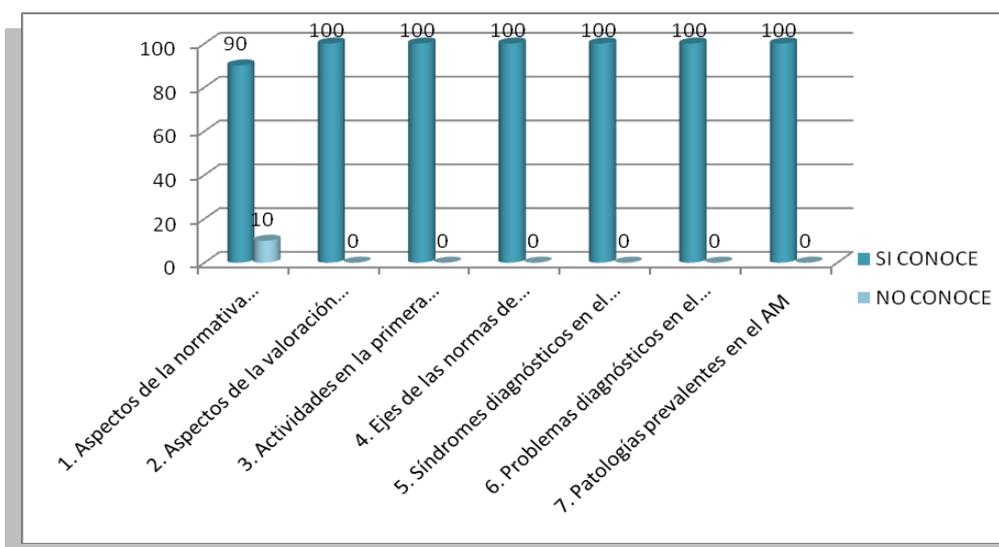


Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud.

Elaboración: la autora

En el presente gráfico se puede observar que antes de la capacitación los participantes en el 100% en casi todas las preguntas sobre normas y protocolos de atención al adulto mayor desconocen estos aspectos.

GRAFICO Nº 3. Análisis del post test sobre normas y protocolos de atención al adulto mayor



Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud.

Elaboración: la autora

El presente gráfico representa los conocimientos sobre normas y protocolos de atención al adulto mayor luego de la capacitación, así se invierte lo anterior y se observa que en casi la totalidad de las preguntas el 100% responde adecuadamente sobre los aspectos considerados en la capacitación.

9.2.4 Elaboración de memorias del taller.

Luego de haber ejecutado los dos días de taller, se procedió a la recopilación de las memorias del taller, y la reunión de los respaldos fotográficos que fue realizado con la ayuda de uno de los miembros del comité de calidad de atención al adulto mayor. (Anexos 14 y 20).

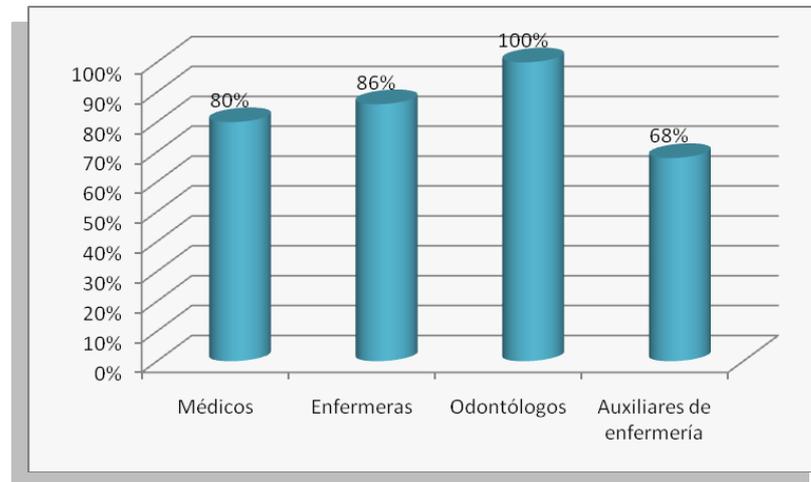
TABLA N° 3. Personal médico y paramédico capacitados sobre normas y protocolos de atención estandarizados.

PROFESIONAL	PROFESIONAL QUE DEBE CAPACITARSE	PROFESIONAL CAPACITADO	PORCENTAJE PROFESIONAL CAPACITADO
Médicos	10	8	80 %
Enfermeras	7	6	86 %
Odontólogos	5	5	100 %
Auxiliares de enfermería	3	2	68 %
Total	25	21	84 %

Fuente: Personal institucional. Resultado componente 2.

Elaboración: la autora

GRAFICO N° 4. Personal médico y paramédico capacitados sobre normas y protocolos de atención estandarizados



*Fuente: Personal institucional. Resultado componente 2.
Elaboración: la autora*

En el segundo resultado se llegó a una capacitación del 84% del personal que tiene relación directa con la atención al adulto mayor, y el 100% del personal del Centro de salud.

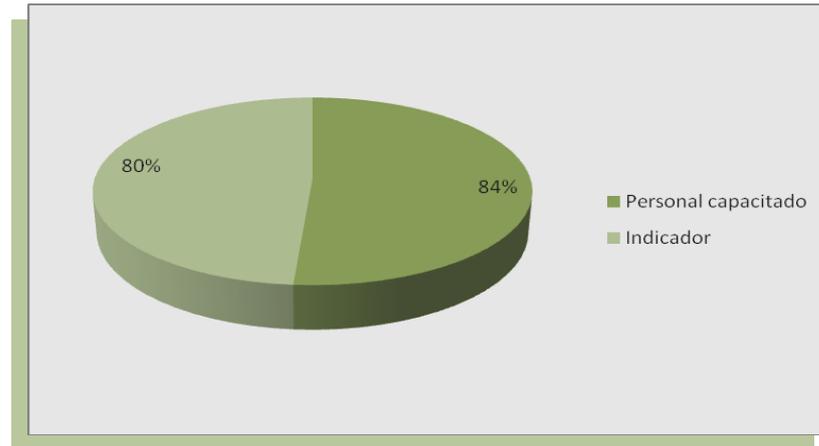
TABLA N° 4. Resultado 2: Personal médico y paramédico del Centro de Salud de Zapotillo capacitados sobre normas y protocolos de atención estandarizados.

ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO
Planificación y organización del taller	100%
Ejecución del los contenidos del taller	100%
Evaluación de conocimientos pre y post taller	100%
Elaboración de memorias del taller	100%
Total	100%

*Fuente: Resultado componente 2.
Elaboración: la autora*

Analizando el segundo resultado se cumplió con el 100% de actividades.

GRAFICO Nº 5: RESULTADO ESPERADO 2, EN COMPARACION CON EL INDICADOR PROPUESTO



Fuente: Resultado componente 2.

Elaboración: la autora

Se logró capacitar al 80% del personal médico y paramédico, y el indicador fue llegar al 80%, de tal manera que se cumple el objetivo en el 100%.

9.3 RESULTADO 3. Club del adulto mayor conformado con participación del paciente y la familia

Para lograr este componente se ejecutaron las siguientes actividades:

9.3.1 Captación de los adultos mayores ubicados en el sector de influencia

9.3.2 Elaboración de trípticos y guía de capacitación para el adulto mayor, agenda del día

9.3.3 Organización de los adultos mayores en un Club y directiva conformada (Primera reunión)

9.3.4 Elaboración con los integrantes del club el plan de actividades con enfoque preventivo

9.3.1 Captación de los adultos mayores ubicados en el sector de influencia

Para esta actividad se contó con el trabajo de los médicos y paramédicos del Centro de salud de Zapotillo que para el presente programa han trabajado en la identificación y apertura de historias clínicas de los adultos mayores del sector de influencia con un



total de 175 adultos mayores identificados para conocer el universo real al que debemos dirigir las acciones de salud considerando nuevamente que el abordaje de éste grupo poblacional es multidisciplinario, y todos estamos involucrados con su protección. La base de datos de adultos mayores se encuentra en los archivos de estadística, y a nivel provincial. (Anexo 15).

9.3.2 Elaboración de trípticos y guía de capacitación para el adulto mayor, agenda del día

Para ésta actividad el comité realizó la selección muy minuciosa del material educativo. Para esto se utilizó el Internet, y las guías de atención al adulto mayor. Se decidió el contenido y material a utilizar. Se elabora la agenda del día de la reunión del Club. Una vez que se dispuso de los contenidos, entre los integrantes del comité se elaboró los trípticos y guías para el adulto mayor que pueden ser utilizados también por la familia. Este material se refiere a formas de alimentación y actividad física para el adulto mayor, además de medidas de auto cuidado de la piel, los sentidos y la boca, y se realiza la reproducción de los mismos, además de la elaboración de las diapositivas que fueron utilizadas en la reunión. (Anexos 16 y 17).

Agenda del día 21 de junio. Primera reunión del Club del adulto mayor

ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Registro de asistentes y socios del club. Apoyo logístico	Lic. Lidia Banegas. Secretaria del Comité de atención al adulto mayor
Saludo de bienvenida a cargo del coordinador de la reunión	Dr. Fabián Loyola
Palabras del Jefe del Área 13	Dr. Edgar Villalta
Conferencia sobre "ENVEJECER SALUDABLEMENTE". Que pasa con la piel? La vista. Qué sucede con el oído y la audición ? Cuidado de la boca. El sueño en la edad de oro. Cuidado de los pies.-	Dra. Nilda Ramírez
Entrega de material educativo. Folletos guías de apoyo	Dr. Fabián Pilco
Actividad recreativa. Socialización y conocimiento entre los pacientes y familiares. Se Procedió a hacer una presentación de todas las personas que asistieron a la reunión. Se les enseñó algunos ejercicios de relajación.	Dr. Fabián Loyola
Conformar la directiva del club.	Lic. Lidia Banegas
Intervención de la directiva del Club	Directiva del Club
Compromisos y elaboración del plan de actividades	Comité de calidad y directiva del Club

9.3.3 Adultos mayores organizados en el Club y directiva conformada.

El día 21 de junio del presente año previa convocatoria por radio acudieron 82 adultos mayores a la reunión programada, algunos de ellos acompañados de familiares y otros acudieron solos. Les dimos la bienvenida, y se desarrolló la agenda para éste día de acuerdo a la planificación.



Una vez que se familiarizaron entre ellos se procedió a conformar la directiva del Club, de la siguiente manera:

- Presidente: Sr. Adriano Becerra
- Secretaria: Sra. Victoria Villalta
- Tesorera: Sra. Luz Herrera
- Vocal de apoyo: Sra. Zulema Vera
- Coordinadora: Sra. Victoria Hernández.

Además establecieron compromisos y motivación para cumplir con las funciones y trabajar por el bien de este grupo etáreo con actividades deportivas, recreativas, y de prevención, éstas últimas serán apoyadas por el personal del comité de calidad de la atención al adulto mayor. (Anexo 7, 8 , 9 y 21).

9.3.4 Elaboración con los integrantes del club el plan de actividades con enfoque preventivo

Posteriormente con todos los integrantes del Club, y la participación de la directiva del Club del adulto mayor se procedió a elaborar el plan de actividades a cumplirse durante un año para el Club con un enfoque preventivo, que contribuirá para que los adultos mayores puedan adoptar los estilos de vida saludables que les permitan

obtener un envejecimiento activo, involucrando a sus familiares, pero considerando que el adulto mayor es una persona que puede tomar decisiones por sí misma y necesita respeto y autonomía. (Anexo 18 el plan en detalle).

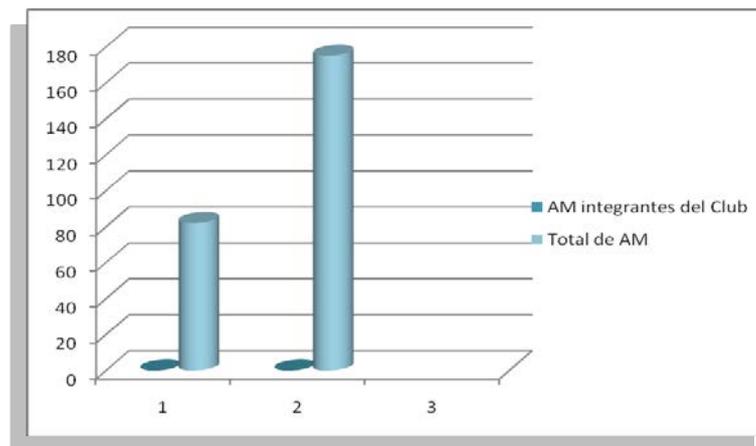
PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES PARA EL CLUB

ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Capacitaciones mensuales sobre diferentes temáticas	Comité de calidad de atención al AM Responsable del Programa de atención al AM
Actividades de socialización con todos los integrantes del Club	Directiva del club Comité de calidad de atención al AM
Elaboración de material educativo	Comité de calidad de atención al AM Responsable del Programa de atención al AM
Talleres de nutrición	Comité de calidad de atención al AM Responsable del Programa de atención al AM
Actividades deportivas	Directiva del club Comité de calidad de atención al AM
Jornadas médicas oftalmológicas y otorrinolaringológicas	Comité de calidad de atención al AM Responsable del Programa de atención al AM
Revisión de actividades planificadas	Directiva del club Comité de calidad de atención al AM

TABLA Nº 5. Adultos mayores integrantes del club

POBLACION ADULTA MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Total adultos mayores integrantes del club	82	46.8%
Población de adultos mayores identificados	175	100%

*Fuente: Asistentes al taller.
Elaboración: la autora*

GRAFICO Nº 6. Adultos mayores integrantes del club

*Fuente: Asistentes al taller.
Elaboración: la autora*

Se conformó el Club con el 46.8 % de los adultos mayores identificados.

Tabla Nº 6. Resultado 3: Club del adulto mayor conformado con participación del paciente y la familia

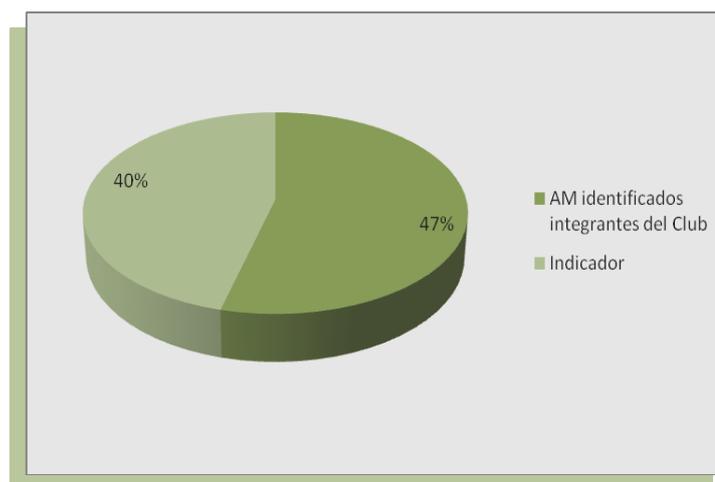
ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO
Captar a los adultos mayores ubicados en el sector de influencia	100%
Elaboración de trípticos y guía de capacitación para el adulto mayor, agenda del día	100%
Adultos mayores organizados en un Club y directiva conformada.	100%
Elaboración con los integrantes del club del plan de actividades con enfoque preventivo	100%
Total	100%

Fuente: Resultado componente 3.

Elaboración: N. Ramírez

Para el resultado 3 se logró ejecutar el 100% de las actividades, y se logró la organización del 46.8% de los adultos mayores identificados.

GRAFICO Nº 7. RESULTADO ESPERADO 3, EN COMPARACION CON EL INDICADOR PROPUESTO



Fuente: Resultado componente 3.

Elaboración: N. Ramírez

En el resultado 3 se llegó a conformar el Club con el 46.8 % de los adultos mayores que se beneficiaron y participaron de las actividades planificadas; el objetivo era llegar al 40% de los adultos mayores, de tal manera que se cumplió con el indicador propuesto para éste resultado.

9.4 RESULTADO 4. Se cuenta con stock de medicación acorde al perfil epidemiológico del adulto mayor

Para lograr éste resultado se ejecutaron las siguientes actividades:

9.4.1. Elaboración del perfil epidemiológico de éste ciclo de vida

9.4.2. Listado de los requerimientos de medicinas de acuerdo al perfil y necesidades

9.4.3. Seguimiento de la disposición de medicinas

9.4.1. Elaboración del perfil epidemiológico de éste ciclo de vida

Se realizó una revisión minuciosa de los partes diarios desde el mes de enero hasta agosto del presente año para determinar las patologías de las primeras consultas que afectan a los adultos mayores, ha sido elaborado por el comité de calidad de atención el perfil epidemiológico en base a datos reales y de acuerdo a las necesidades de los pacientes, y porque al momento no existe apoyo del área de estadística por falta de personal.

**Tabla Nº 7. Perfil epidemiológico en adultos mayores. Área 13.
Enero- Agosto 2010. Primeras Consultas**

CAUSAS	Nº	%
Diagnóstico	Total	Porcentaje
Hipertensión arterial	24	15.3
Rinofaringitis aguda	23	14.7
Osteoartrosis	22	14
Otosclerosis	17	11
Gastroenteritis	16	10
Diabetes Mellitus tipo 2	14	9
Hiperplasia prostática	11	7.1
Dermatitis	11	7.1
Dislipidemia	9	5.7
Migraña – Cefalea	9	5.7
TOTAL	156	100

*Fuente: Partes diarios. Mayores 65 años.
Elaboración: la autora.*

En el análisis de la tasa de frecuencia de las patologías que afectan al adulto mayor se observa que predomina la hipertensión arterial con el 15.3%, puesto que es una patología de mayor riesgo a partir de los 50 años, además de otros factores de riesgo propios de la enfermedad; está seguida de las rinofaringitis aguda con el 14.7 %, patología frecuente en el medio en todos los grupos etáreos; posteriormente también se presenta la osteoartrosis con un 14% patología propia de la edad y muy prevalente a nivel nacional; también llama la atención la diabetes mellitus con un 9% presente por su gran incidencia a todos los niveles y por los hábitos de vida; y luego de la osteoartrosis con el 15%; y la causa menos frecuente se describe a la migraña con un 5.7%.

9.4.2. Listado de los requerimientos de medicinas de acuerdo al perfil y necesidades

Una vez obtenido el perfil epidemiológico se elaboró la lista de medicamentos q debe existir en base al perfil y las necesidades de los pacientes, considerando el nivel de atención, porque no solamente son los casos nuevos que se van registrando si no los pacientes con patologías que ya fueron identificados previamente.

Las necesidades de acuerdo a estos parámetros y después de un análisis muy minucioso por parte del comité de calidad de atención al adulto mayor, y el comité de farmacología, se detallan en éste listado, se llegó a la necesidad de 27 grupos de fármacos. (Anexo 19).

9.4.3. Seguimiento de la disposición de medicinas

Las medicinas en el mes de marzo para la atención del adulto mayor, no estaban basadas de acuerdo al perfil ni de acuerdo a las necesidades de los pacientes, de tal manera que los grupos de de fármacos y la cantidad llegaban a menos del 40% para el uso en este grupo etáreo. Partiendo de esta línea de base y para mejorar la calidad de atención al adulto mayor a través del proyecto se emprendió el objetivo de alcanzar el 70% de las necesidades detalladas anteriormente, pero se llegó al 63% de la meta propuesta. (Anexo 10, 11, 19 y 22).

La disposición de medicinas se detalla a continuación:

Tabla 8. Grupos de fármacos para el adulto mayor de abril a agosto

GRUPO DE FARMACOS	MES					
	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS
Analgésicos AINE	x	x	x	x		x
Opiáceos						x
Vitaminas	x	x	x	x		x
Anticonvulsivos						x
Antiparasitarios		x	x	x	x	x
Antihipertensivos	x	x				x
Antibióticos		x	x			x
Antiescabióticos		x				x
Diuréticos						x
Antimicóticos		x	x			x
Corticoides						x
Antidiabéticos orales		x				x
Bloqueadores bomba protones		x				x
Bloqueadores H2		x	x	x		x
Antieméticos						x
Antiespasmódicos		x				x
Hipolipemiantes						x

Fuente: Listas de medicina institucional. CSZ.

Elaboración: la autora

En la presente tabla se observa que inicialmente no había medicina disponible o muy escasa, sin embargo al iniciar el proyecto se adquirió 11 grupos de fármacos, por la necesidad inmediata, pero las cantidades eran inferiores al 20%, insatisfactorias para cubrir la demanda; en el mes de mayo empezó a terminarse aún mas la medicina, de tal manera que para el mes de julio solamente se disponía de antiparasitarios hasta la adquisición en el mes de agosto de medicina acorde a la demanda de morbilidad del adulto mayor con 17 grupos de fármacos.

En la siguiente tabla se realiza una consideración porcentual de acuerdo a la cantidad de fármacos en los diferentes grupos en la disposición inicial y tras la adquisición de acuerdo a la demanda y al presupuesto del Área.

Tabla N° 9. Disposición inicial y final de fármacos para la atención del adulto mayor

Grupos de fármacos	Disposición inicial	Adquisición
Analgésicos AINE	10%	50%
Opiáceos		70%
Vitaminas	12%	80%
Anticonvulsivos		90%
Antiparasitarios	20%	40%
Antihipertensivos	10%	80%
Antibióticos	5%	90%
Antiescabióticos	5%	60%
Diuréticos		80%
Antimicóticos	4%	60%
Corticoides		70%
Antidiabéticos orales	10%	90%
Bloqueadores bomba protones		90%
Bloqueadores H2	5%	80%
Antieméticos		60%
Antiespasmódicos	2%	70%
Hipolipemiantes		90%

Fuente: Listas de medicina institucional. CSZ.

Elaboración: la autora

TABLA Nº 10. Stock de medicina para el adulto mayor acorde al perfil epidemiológico y sus necesidades

MEDICINA PARA EL ADULTO MAYOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
Medicina inicial en farmacia(marzo 2010)	11 grupos de fármacos	40 %
Medicina actual disponible en farmacia (agosto 2010)	17 grupos de fármacos	63%
Medicina requerida para el adulto mayor	27 grupos de fármacos	100%

Fuente: Listas de medicina institucional. CSZ.

Elaboración: la autora

La medicina inicial por gestión del comité de calidad de atención del adulto mayor que disponía la institución llegaba al 40% del total de requerimientos establecidos, porque anteriormente se realizaba una compra irreal no acorde a las necesidades de la demanda; pero en la última adquisición se llegó al 63% de fármacos requeridos estimados en base a las necesidades y al perfil epidemiológico en el mes de agosto, aunque un inconveniente siempre fue la falta de presupuesto para la adquisición de medicinas.

TABLA Nº 11. Resultado 4: Se cuenta con stock de medicación acorde al perfil epidemiológico del adulto mayor.

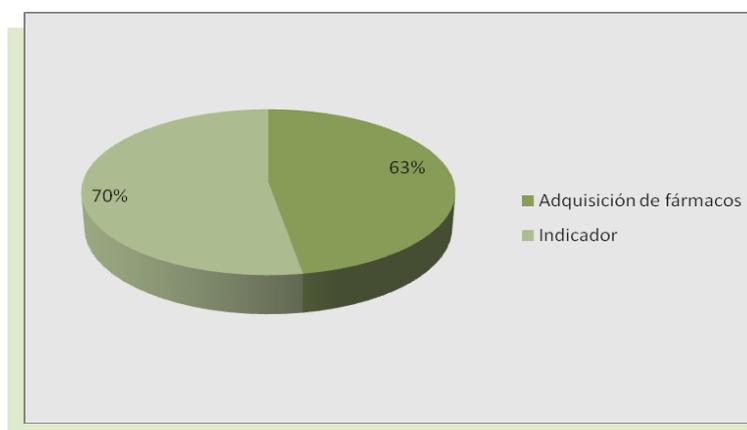
ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO
Elaboración del perfil epidemiológico	100%
Listado de los requerimientos de medicinas de acuerdo al perfil y necesidades	100%
Seguimiento de la disposición de medicinas	100%
Total	100%

Fuente: Resultado componente 4.

Elaboración: N. Ramírez

En el cuarto resultado se consiguió una ejecución del 100% de las actividades programadas.

GRAFICO Nº 8. RESULTADO ESPERADO 4, EN COMPARACION CON EL INDICADOR PROPUESTO



Fuente: Listas de medicina institucional. CSZ.

Elaboración: la autora

Aunque en este resultado no se alcanza exactamente el objetivo porque la meta planteada fue llegar al 70% de requerimientos, se alcanzó el 63%, que es un logro importante, y además cabe rescatar con estos datos que a través de la gestión del

comité de calidad de atención al adulto mayor se logró aumentar del 40% al 63% de fármacos nuevos para mejorar la atención al adulto mayor.

ANALISIS DEL LOGRO DEL OBJETIVO GENERAL

El Centro de Salud de Zapotillo es una unidad de primer nivel de atención que debe atender y resolver los problemas del adulto mayor de acuerdo a las necesidades de los pacientes y el nivel de resolución.

El programa de atención al adulto mayor es un programa nuevo del Ministerio de salud Pública, que aún no se implementa en las unidades de salud, y todo programa por muy buen diseño que posea puede constituirse en letra muerta si no se implementa como muchas veces sucede, o se cumple parcialmente.

Es por esto la trascendental importancia de la implementación de éste programa en el Centro de Salud de Zapotillo que se ha logrado a través de la ejecución del presente proyecto, es nada más en los últimos dos años que dentro de las políticas de salud se ha considerado a éste grupo etáreo, y la normativa y protocolos para brindarles atención también es reciente, en el año 2009 se diseñó la primera, y en el presente año la segunda.

A través de presente proyecto se logró la implementación del programa, y se planificaron y se ejecutó las actividades con el fin de lograr los objetivos planteados. (Anexo 12).

Se conformó el Comité de calidad de atención al adulto mayor en el Centro de salud y se designó a la persona responsable del programa, y se elaboró por el comité el plan de acción que permitirá controlar la ejecución permanente del programa, se logró cumplir con el 100% de éste objetivo.

El presente proyecto también permitió capacitar sobre normas y protocolos de atención estandarizados al personal médico y paramédico del Centro de salud y también se amplió la capacitación para todo el personal del Área que se involucra en la atención directa al adulto mayor, sin ninguna exclusión, y se logró capacitar al 84% del personal, y el 100% del personal solo del Centro de Salud, de tal manera que se logró alcanzar éste objetivo.

El proyecto también permitió conformar el Club del adulto mayor involucrando a la familia considerando que existen adultos mayores que presentan ya algún grado de dependencia, y se elaboró conjuntamente con ellos y la directiva el plan de actividades que les gustaría que se realicen sin descuidar la educación que les permita adoptar estilos de vida saludables para mantener su autonomía e independencia. Se logró que el 46.8 % de los adultos mayores se involucren en el Club de tal manera que se alcanzó el objetivo planteado.

En cuanto al stock de medicación de acuerdo al perfil epidemiológico y las necesidades del adulto mayor, se alcanzó con el 63% del objetivo planteado que aunque no llegó a la meta que fue del 70%, es un logro de suma importancia. Al inicio de la ejecución del presente proyecto el Centro de salud solamente disponía del 40% de fármacos nuevos para mejorar la atención de calidad al adulto mayor y por gestión misma del comité conformado, sin embargo a través de un proceso de gestión se logró pasar del 40% al 63% de fármacos disponibles en farmacia, y esto en el mes de agosto, de tal manera que aunque la institución logró ejecutar el 100% de las partidas para la compra de medicinas, que aún falta medicinas es evidente de acuerdo a todas las necesidades que fueron planteadas por el Comité, quienes colaboramos en la gestión a fin de que se ejecute en forma oportuna la adquisición de fármacos, sin embargo se debe considerar también que los recursos del Estado son limitados a pesar de la gestión.

Finalmente se logró cumplir con más del 97% de la implementación del programa de atención integral al adulto mayor, a través del logro de los objetivos específicos, comparada al indicador que fue del 70% de la meta planteada del objetivo general.

10. CONCLUSIONES

- La realización de éste proyecto ha sido una experiencia muy grata para la autora, puesto que se logró la implementación del programa de atención al adulto mayor, grupo etéreo que ha sido marginado durante mucho tiempo, sin considerar ni evaluar sus necesidades y su estado real de salud, así como también ha sido grato involucrar al personal de salud, que se mostró motivado a participar en el programa.
- En el tiempo de realización del proyecto, se logró conformar el Comité de calidad de atención al adulto mayor y la ventaja para la institución será que tendrá un grupo organizado encargado de la vigilancia para la aplicación de las normas y protocolos de atención al adulto mayor, así como para la ejecución de las diferentes actividades que se consideraron en el plan de actividades, en beneficio de la población adulta mayor.
- La ejecución del proyecto de tesis motivó al personal de salud a empoderarse de la atención que se brinda al adulto mayor, y a empezar a aplicar las normas y protocolos de atención a adulto mayor, lo que se reflejará en una mejor calidad de atención del paciente.
- La población de adultos mayores y sus familiares tuvieron una buena predisposición para organizarse y formar el Club del adulto mayor, y para involucrarse dentro de las actividades organizadas, aprendiendo a reconocer sus derechos para recibir una mejor atención por parte del personal de salud, y para recibir información que les permita mantener su independencia y funcionalidad.
- Los recursos del Estado son limitados, y no se puede cubrir al 100% las necesidades en medicinas para ningún grupo poblacional. Sin embargo fue un logro importante la adquisición de fármacos que se realizó para la atención al

adulto mayor, como muestra del esfuerzo que realizó el Comité para contribuir a mejorar la calidad de atención que se brinda al adulto mayor en la institución.

- A través de la captación de los adultos mayores que se ha realizado con el trabajo extramural del personal médico y paramédico del Centro de salud, nos hemos visto en contacto con la realidad social de las comunidades, y se puede observar claramente que algunos adultos mayores sufren el abandono por parte de autoridades.

11. RECOMENDACIONES

- La gestión administrativa financiera del Estado, asigne el presupuesto necesario para que se cuente con un espacio únicamente para ésta población, que hasta el momento no existe en el cantón, y se cuente con los equipos multidisciplinarios para la atención de éste grupo etáreo para optimizar mucho más la ejecución del programa de atención al adulto mayor.
- Que se insista en invitar a representantes del gobierno seccional autónomo para que puedan involucrarse y responsabilizarse en la atención al adulto mayor y se formen comités en ésta institución para trabajar en forma conjunta con los de salud, y que el Comité de atención al adulto mayor conformado siga trabajando con entusiasmo en beneficio de la población.
- Se de continuidad a los talleres de capacitación, para lo cual se requiere que quienes hacen gerencia de salud sigan involucrándose e interesándose por la capacitación de su personal para mejorar la calidad de atención de la institución.
- Que la población en general y familiares de los adultos mayores continúen involucrándose e interesándose en medidas preventivas, para lo cual se necesita que el comité de calidad de atención se mantenga activo y se diseñe año tras año la programación conjuntamente con la directiva.
- Que los directivos de la institución puedan planificar en forma más eficiente el presupuesto para el próximo año, que incluya los gastos para cubrir las necesidades de medicamentos para éste grupo etáreo, y se incluya dentro de los objetivos estratégicos el Programa de atención integral al adulto mayor.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez M, et al. Construcción de un instrumento para medir calidad de vida en la Tercera Edad. [Trabajo presentado en el III Fórum Ramal Nacional de Ciencia y Tecnología. La Habana, 2002.
2. Álvarez P. Martínez D. et. al. Normas y Protocolos de atención geronto-geriátricas. Ministerio de Salud Pública. Quito, 2010.
3. Armijos N. Guía didáctica: Planificación estratégica. Ciclo 2. Primera edición, Loja Ecuador, editorial UTPL, abril 2009.
4. Anuario Estadístico. Ministerio de Salud Pública Ecuador 2008.
5. Barros D. Escenarios demográficos de la población. Período 2000 – 2050. Segunda edición, La Habana, 2005.
6. Bayarre HD. Prevalencia y Factores de Riesgo de Discapacidad en el Anciano, Primera edición, México DF, 2006.
7. Chackiel J, Martínez J. “Transición Demográfica en América Latina y el Caribe desde 1950. Plenaria IV.” Ciudad de México: Palacio de la Antigua Escuela de Medicina de la UNAM, 23 al 26 de marzo de 2001.
8. Chodosh J, McCann RM, et al. Geriatric Assessment and the Twenty Minute Visit. Rochester, New York: Division of Geriatrics, University of Rochester, School of Medicine and Dentistry; 2005.
9. Fernández R. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Primera edición, editorial Martínez. Madrid, 2006.
10. Folstein M, et al. Minimental state: A practical method for grading the cognitive state patients for the clinicians. Tercera edición, Washington , 2002.
11. Fossati A. Todos estamos expuestos “Naturaleza humana, calidad de vida y discapacidad”. Primera edición, Montevideo: 2005.
12. Grau JA. Calidad de Vida y Salud: Problemas actuales en su investigación. Conferencia Magistral en el Seminario de la Seccional de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud. Cali, Colombia, 2004.
13. Hernández Castellón R. Estudio del envejecimiento de la población. *En:* Perspectivas y escenarios de la población y los recursos humanos y sus

- implicaciones económicas y sociales entre el año 2000 y 2050. Primera edición, La Habana, 2004.
14. Jock G and et al. Construcción de un instrumento para medir Bienestar subjetivo en adultos mayores. [Trabajo Premiado en el Concurso Premio Anual de la Salud]. Granma; 2001.
 15. Lafuente A. "Vejez saludable e incapacidad funcional en la población anciana de Canarias". Revista Española de Salud Pública, Madrid, editor Sierra M, Nº 2, marzo-mayo 2008, págs. 17-19.
 16. López JM, Sánchez M. "Fragilidad cognitiva en el anciano: revisión de sus causas". Revista Española Geriátrica Gerontológica . Madrid, editor Lopez JM. Nº 32, año 5, junio-diciembre 2006, págs. 27- 28.
 17. Molinero S. "Fragilidad en la esfera social". Madrid, editor Lopez JM. Nº 32, año 5, junio-diciembre 2006, págs. 35-37.
 18. Moreno B, Ximénez C. Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Evaluación de la Calidad de Vida. Siglo XXI. Primera edición, editorial Casal, Madrid 2007.
 19. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Módulos de valoración clínica. Módulo I. Valoración clínica del adulto mayor, 2008.
 20. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Módulos de valoración clínica. Módulo 3. Evaluación funcional del Adulto Mayor, 2008.
 21. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Volumen I, OPS, Publicación Científica No. 587. Washington, 2002.
 22. Organización Mundial de la Salud. El envejecimiento y la capacidad de trabajo. Serie de informes técnicos. Ginebra: OMS. 2002.
 23. Pardavilla B. "Aproximación a las necesidades de ayuda a domicilio y plazas residenciales en la población española mayor de 65 años". Revista Servicio Social y Políticas Sociales. Madrid, Nº 3, año 5, julio-diciembre 2003. Págs 12-14.
 24. Pineda E. Alvarado E. De Canales F. Metodología de la investigación. OPS. Segunda edición, Washington. 1999.
 25. Piedra M. Buele N. Guía didáctica: Diseño, ejecución y gerencia de proyectos para la salud. Ciclo 3. Primera edición, Loja Ecuador, Editorial UTPL, noviembre 2009.

26. Prieto O, Vega E. Atención al anciano. Desarrollo y perspectivas. Tercera edición, México, 2005.
27. Romero S. Guía didáctica: Investigación en salud. Ciclo 1. Primera edición, Loja Ecuador, editorial UTPL, octubre 2008.
28. Rodríguez Cabrera A. La Teoría de la Transición Demográfica. Primera edición, editorial Sierra, La Habana, 2002.

Direcciones electrónicas:

29. www.inec.gov.ec
[18/12/2007]
30. www.ecuadorencifras.com
[3/10/2007]
31. Conceptos de Geriatría y Gerontología. Disponible en:
(http://www.segg.es/segg/html/socios/seccion_estudiantes/programa_docente.htm)
[21/11/2007]
32. Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe".
Disponible en:
<http://www.eclac.cl/deype/mecovi/taller6.htm>
[21/11/2007]
33. La salud del adulto mayor. I y II parte. Sección II. Prolongación de la vida en los seres humanos: longevidad y calidad de vida.
Disponible en:
<http://www.bibliotecas.salud.gob.mx>