



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

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

**“Fortalecimiento del programa de Atención Integral del Adulto Mayor de
la parroquia la Paz, cantón Yacuambi, provincia de Zamora Chinchipe,
2012”**

Tesis de Grado

Autora:

Betancourt Patiño, Cecibel Katherine. MD.

Directora:

Buele Maldonado, Norita Angelita. Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA

2013

CERTIFICACIÓN

Doctora

Norita Buele Maldonado.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, titulado: “Fortalecimiento del Programa de Atención Integral del Adulto Mayor de la Parroquia la Paz, Cantón Yacuambi, Provincia de Zamora Chinchipe, 2012” realizado por el profesional en formación: Betancourt Patiño Cecibel Katherine cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, Marzo de 2013

f).....

CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Betancourt Patiño Cecibel Katherine declaro ser autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos y acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art 67 del 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 de la Universidad”

f).....

Autor: Betancourt Patiño Cecibel Katherine

Cédula: 1104376627

AUTORÍA

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de la autora.

f).....

Betancourt Patiño Cecibel Katherine

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis abuelitos, *Lucas, Olimpia, Yolanda y Alfredo*, por el gran amor que les tengo y el agradecimiento por brindarme parte de su vida, experiencias, tradiciones y cuentos familiares que me enseñaron la importancia del amor y apoyo familiar incondicional.

A mis padres *Nixon y Elizabeth* y a mis hermanos, *Elizabeth, Steve y Pablo*, que por su inmenso amor, comprensión y apoyo en todos estos años, gracias a ellos he logrado realizar mis sueños, no sólo como Médico sino también como persona.

A mi princesa *Belencita* que es la razón de mi vida, quien hizo que este camino esté lleno de felicidad, fortaleza y aliento que día a día me ayuda a seguir mi meta con sabiduría y satisfacción.

A mis amigas *Dianita y Glorita* que han formado parte de mi vida universitaria y personal, por sus palabras y apoyo incondicional para culminar esta etapa.

A la *Dra. Norita Buele* por su incondicional ayuda y apoyo durante el presente trabajo.

Con mucho cariño...

KathyB.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por brindarme la fortaleza para seguir mí camino y descubrir día a día el verdadero significado del Amor al Prójimo.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por la formación integral que me ha brindado durante mi vida universitaria.

Al personal docente y administrativo del programa de Maestría en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local, por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

Al personal administrativo de la Coordinación de Área de Salud No. 1 de Zamora Chinchipe, por permitirme trabajar para el progreso de la Parroquia donde hice mi rural en el 2009.

Al cantón Yacuambi, a sus autoridades en especial a la Parroquia La Paz, por su predisposición y colaboración durante este proyecto.

Kathy B

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Preliminares

Carátula	i
Certificación	ii
Cesión de Derecho	iii
Autoría	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii
Resumen	viii
Abstract	ix

Apartados

1. Introducción	1
2. Problematización	3
3. Justificación	6
4. Objetivos	8
5. Marco Teórico.....	9
6. Diseño Metodológico.....	47
7. Resultados	57
8. Conclusiones.....	81
9. Recomendaciones.....	83
10. Bibliografía.....	84
11. Anexos.....	87

RESUMEN

En la parroquia La Paz, el adulto mayor se encuentra en total abandono, viven en precarias condiciones, no solo por la indigencia sino también por la invisibilidad que tienen dentro de la sociedad, es por estas circunstancias que este trabajo se enfoca al Fortalecimiento del Programa de Atención Integral del Adulto Mayor de la parroquia durante el periodo durante mayo de 2011 a marzo 2012.

Los resultados alcanzados fueron la conformación del 100% del Comité del Adulto Mayor, la capacitación de 54 adultos mayores sobre autocuidado y prevención de enfermedades y capacitación y actualización al 100% del personal de la unidad operativa sobre las Normas y Protocolos de Atención Integral del Adulto Mayor, constituyéndose un aporte para la comunidad y para el personal de salud, logrando concienciar la importancia del autocuidado a los usuarios, como también al desarrollo de habilidades al personal de salud.

ABSTRACT

In the parish of La Paz, the older adult is completely abandoned, living in precarious conditions, not only by poverty but also by having invisibility in society, is for those circumstances that this work focuses on the Strengthening the Comprehensive Care of the Elderly of the parish during the period May 2011 to March 2012.

The results achieved were 100% the formation of the Committee for the Elderly, the training of 54 seniors on self-care and disease prevention and training and retraining staff to 100% of the operating unit on Rules and Protocols Comprehensive Adult Care Mayor, constituting a contribution to the community and health personnel, achieving self-awareness of the importance of the users, as well as the development of skills of health staff.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los mayores desafíos que tiene la humanidad. Al entrar en el siglo XXI el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales en todos los países.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), sugiere que: *“Podemos envejecer con dignidad si los países, las regiones y las organizaciones internacionales promulgan políticas y programas de envejecimiento activo que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad”*.

Johnson, en el 2005, en su artículo Psychosocial correlates of nutritional risk in older adults. cita que el envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida, sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma, la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, los estilos de vida, exposición a factores de riesgo y posibilidades de acceso a la educación y a la promoción de la salud en el transcurso de la vida.

Envejecer con dignidad incluye comprometerse a aprender y poner en práctica los cuidados necesarios para prevenir enfermedades, mantener la salud y tratar de evitar / mantener la calidad de vida de las personas y las vuelvan totalmente dependientes del cuidado de otros.

El aumento de la esperanza de vida, obliga a reflexionar sobre el cambio que debe existir dentro de la Salud Pública, para mantener a nuestros adultos mayores sanos y brindar la calidad y dar a conocer el estilo de vida que deben llevar en su vida diaria.

Dentro de los programas ofrecidos por el Gobierno Nacional de la República del Ecuador, por medio del Ministerio de Salud Pública, desarrollará actividades para permitir y viabilizar las medidas pertinentes para que las personas adultas mayores se mantengan sanas y económicamente activas, que las lleven hacia un envejecimiento digno y saludable, con el cumplimiento del Programa Nacional de Atención Integral del Adulto Mayor, (Normas y Protocolos de Atención del Adulto Mayor, 2010).

Se asume por lo tanto que la edad no es necesariamente sinónimo de enfermedad, y que determinados problemas pueden ser superados con la adecuada prevención,

tratamiento y aprendizaje. En consecuencia los problemas básicos de la tercera edad se están reorientando y se considera que son más de tipo social que exclusivamente físicos, sin negar su importancia en edades más avanzadas.

Todas las personas tenemos la condición humana de envejecer. Como en toda etapa de la vida, es necesario identificar los cambios físicos, psicológicos o emocionales en nuestro cuerpo, cuidar y prevenir o retrasar la presencia de enfermedades que nos vuelvan personas dependientes, es decir que perdamos nuestras capacidades para realizar las actividades diarias.

A nivel nacional el cumplimiento del Programa de Atención del Adulto Mayor puede ser eficaz debido que cuentan con los servicios primordiales para su ejecución, además de continuas capacitaciones y controles mensuales del programa, pero ¿Qué pasa en las zonas rurales? ¿Cuentan con lo necesario para la ejecución del programa? ¿Se cumple el programa de atención del Adulto Mayor? ¿Qué pasa con nuestros adultos mayores?, en primera instancia debido que se trata de zonas rurales, por la lejanía de los lugares de cada parroquia, las capacitaciones, los controles, materiales e insumos son ineficientes, el cumplimiento del programa es precario o nulo, lo que dispone que nuestros adultos mayores se encuentren en el abandono no sólo social si no también que los hemos descuidado y sus derechos no han sido respetados.

La Parroquia La Paz se encuentra a 6 horas del Cantón Zamora, en su mayoría la carretera es de herradura y se cuenta solo con transporte interparroquial que no brinda la seguridad para ningún tipo de persona, y con el constante peligro de accidentes, debido a su geografía.

Las capacitaciones brindan conocimientos vagos del programa que no permiten una ejecución eficaz del mismo, así también como la falta del material de apoyo para el control de este. Entonces ¿Cómo se puede hablar de un Programa de Atención Integral del Adulto Mayor Universal si sólo se cumple en ciertas áreas del Ecuador?. El brindar capacitación y ejercicio del programa con el uso de los diferentes formularios incluida la historia clínica del adulto mayor, y un control mensual de nuestros adultos mayores de la Parroquia La Paz, será un inicio y un ejemplo del cumplimiento del programa y de los derechos de este grupo etario.

2. PROBLEMATIZACIÓN

El adulto mayor ha sido parte fundamental en el desarrollo social por siglos, en la mayoría de las sociedades, eran considerados como sabios debido a su experiencia. Pero todo esto cambió a lo largo del tiempo en naciones de occidente y especialmente en nuestro país, ahora se percibe con mayor claridad la problemática que sufren estas personas a causa del abandono por parte de sus familiares, en gran medida porque unos no tienen una base económica con qué mantenerlos y por otros factores sociales, hace referencia en la Ley Reformatoria a la Ley del Anciano, Mayo 2010.

Entre los logros obtenidos en el siglo XX con los avances de la tecnología y del conocimiento científico fue aumentar la expectativa de vida de la población, lo que trajo como consecuencia un incremento demográfico de significación hecho para el cual los diferentes estados no estaban preparados para asumir.

La gran incidencia de pobreza en América Latina y en sí en países subdesarrollados, se demuestra en la inequidad social, baja cobertura de seguridad social, que deja a los adultos mayores en un total abandono.

En el Plan Nacional de Desarrollo, Adultos Mayores 2010, refiere que las dificultades socio-económicas de las personas mayores se suman, en muchos casos, las inequidades de género y étnicas, que repercuten en el ejercicio de los derechos (de primera y segunda generación). Ello se expresa por ejemplo, en una deficiente inserción en el mercado laboral en las edades adultas (menor salario y mayor precariedad contractual), que a futuro redundará en situaciones de pobreza y exclusión de los servicios y beneficios de la protección en la vejez.

En Ecuador, según el Plan Nacional de Desarrollo 2010, la esperanza de vida al nacer evolucionó desde 48,4 años en el periodo 1950-1955 (47,19 para los hombres y 49,6 para las mujeres) a 74,2 años en el quinquenio 2000–2005 (71,3 y 77,2 para hombres y mujeres, respectivamente). La mortalidad masculina es siempre superior a la femenina, lo que hace que el envejecimiento de la población tenga como una de sus características un claro predominio femenino.

Así como aumentó la esperanza de vida al nacer, también lo hizo la esperanza de vida después de los 65 años, lo que refleja los avances médicos en el control y el tratamiento de enfermedades que afectan a las personas en estos tramos de edades.

El Cantón Yacuambi, de la Provincia Zamora Chinchipe, está conformado por comunidades rurales, distribuidas en tres parroquias: Tutupali, La Paz y 28 de Mayo. Sus habitantes pertenecen a la nacionalidad Kíchwa (Saraguro), nacionalidad Shuary Mestizos.

El INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (INEC) 2010, la población del cantón Yacuambi es de 5.835 habitantes de los cuales se encuentran distribuidos en: la Parroquia 28 de Mayo con 3153 personas que corresponde al 53.03 de la Población, la Parroquia la Paz con 2043 personas con el 35.01% de habitantes y Tutupali con 639 habitantes que corresponde el 10.95% de la población.

En el 2010, según el Censo de Población y vivienda, la población de mayores de 65 años en la Parroquia La Paz es de: 71 adultos mayores, siendo 35 hombres y 36 mujeres respectivamente.

La Parroquia La Paz, del cantón Yacuambi está claramente aislada del resto del país. El nivel general de desarrollo es notablemente retrasado dado su aislamiento y su desarrollo económico es muy lento con relación a otros cantones. Las grandes distancias que separan a las poblaciones, sobre todo a las indígenas y shuaras, impiden que se pueda tener una cobertura de salud adecuada ó un acceso óptimo a la consulta de especialidad, así como crea un desfase en el flujo de la información epidemiológica creando zonas de silencio epidemiológico, exponiendo a estas poblaciones a graves problema de salud que podrían ser evitados.

En la parroquia La Paz, ciertos grupos etarios se encuentran en total abandono, como lo es el Adulto Mayor, contando con una población total de 71 adultos mayores de 65 años, que viven en precarias condiciones, no solo por la indigencia sino también por la invisibilidad que tienen dentro de la sociedad.

En la actualidad se han ido establecido programas de integración, cuidado y manejo para atención integral del adulto mayor, pero que en la realidad no se llevan a cabalidad, siendo una atención desorganizada, con poco seguimiento y monitoreo, al

que se debe sumar la poca importancia que se tienen ellos mismo, la comunidad y la propia institución.

Se ha creído conveniente la creación del Comité del Adulto Mayor, el mismo que se plantea propósitos que se cumplirán con el apoyo del equipo de salud como también de la sociedad en general.

Es importante que el personal del Puesto de Salud, oriente sus acciones a resolver los problemas que de manera directa o indirecta afectan a la salud de la población de su área de influencia. Sobre todo, observe su cultura, el talento humano y los recursos que tiene el sistema de la medicina ancestral, que permita operativizar el modelo de salud intercultural, con un profundo respeto a los conocimientos y saberes de los pueblos originarios.

Es por esto que se he creído conveniente que se fortalezca el Programa de Atención Integral del Adulto Mayor, de la Parroquia La Paz, perteneciente al Cantón Yacuambi – Zamora Chinchipe, con el fin de disminuir la morbi-mortalidad de este grupo etario.

3. JUSTIFICACIÓN

El desconocimiento de las autoridades y de las personas Adultas y Adultas Mayores de sus propios e irrenunciables derechos, el poco acceso a las leyes y demás instrumentos jurídicos, tanto de los beneficiarios, de los prestadores de servicios y la población en general hace necesario que se orienten los esfuerzos a brindar el acceso de las personas Adultas Mayores, al conocimiento de las leyes y más instrumentos existentes entre los que constan las obligaciones de la familia y del Estado Ecuatoriano para consolidar mecanismos comunitarios de ayuda, participación y protección a la población de la Tercera Edad.

La República del Ecuador, ha entrado a una transición demográfica, como respuesta a los cambios sociales y económicos.

Esto, sin embargo, no es uniforme en toda la sociedad, poniendo de manifiesto la diversidad interna que resulta de una desigual distribución de los recursos y de la presencia de grupos sociales en diferentes etapas de la transición demográfica. Asociados a la pobreza, la ruralidad y la pertenencia étnica, prevalecen niveles de fecundidad y mortalidad más elevados que ponen en evidencia las desigualdades de acceso a los servicios y a la atención adecuada, cita en el Plan Nacional de Desarrollo 2010.

En la Parroquia La Paz del Cantón Yacuambi, los adultos mayores tienen altos porcentajes de analfabetismo, siendo el 59.15% de adultos mayores que no han cursado ningún tipo de educación, y un 29% son las personas adultas mayores que han cursado solo el nivel primario de educación.

En su gran mayoría están casados y son jefes del hogar (47.89%), mientras que el 38.03% es viudo y un 9.86% permanece soltero.

La Parroquia La Paz, el 100% de su población pertenece al área rural, los adultos mayores, en su mayoría se dedican a la agricultura / ganadería / silvicultura y pesca en un 45.07%.

Las enfermedades crónico-degenerativas son las que ocupan los primeros lugares, como son las alteraciones visuales, auditivas, físicas y mentales, que están claramente asociadas a los procesos de envejecimiento.

Debido que se trata de zonas rurales, por la lejanía de los lugares de cada parroquia, las capacitaciones, los controles, materiales e insumos son ineficientes, el cumplimiento del programa es precario o nulo, lo que dispone que nuestros adultos mayores se encuentren en el abandono no sólo social si no también que los hemos descuidado y sus derechos no han sido respetados.

La Parroquia La Paz se encuentra a 6 horas del Cantón Zamora, en su mayoría la carretera es el 85% de herradura y el 15% entre asfalto y adoquín, se cuenta solo con transporte interparroquial que presta el servicio en ciertos horarios y que además no brinda la seguridad para ningún tipo de persona, y con el constante peligro de accidentes, debido a su geografía y al estado en el que se encuentran sus carreteras. Las capacitaciones que brindan al personal de salud, son conocimientos vagos del programa que no permiten una ejecución eficaz del mismo así también como la falta del material de apoyo para el control de este. Entonces ¿Cómo se puede hablar de un Programa de Atención Integral del Adulto Mayor Universal si sólo se cumple en ciertas áreas del Ecuador?. El brindar capacitación y ejercicio del programa con el uso de los diferentes formularios incluida la historia clínica del adulto mayor, y un control mensual de nuestros adultos mayores de la Parroquia La Paz, será un inicio y un ejemplo del cumplimiento del programa y de los derechos de este grupo etáreo.

Finalmente y de conformidad a estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud, existe actualmente escasez de personal en las distintas áreas de la salud, especialmente en el área geronto-geriátrica. En cuanto a la investigación existen escasas investigaciones de carácter geriátrico-gerontológico.

Siendo estas necesidades básicas para lograr un envejecimiento productivo, saludable y activo, al momento la población Adulta Mayor del país, que no participa en la seguridad social o en otros sistemas de aseguramiento como la Policía o Fuerzas Armadas, no tiene el soporte estatal ni comunitario, excepto el transcultural para tener acciones de supervivencia y quienes sufren en un detrimento socioeconómico probablemente terminen su vida antes de lo esperado con muy mala calidad de vida en sus postrimerías y con alto costo para la familia y quienes administran salud; por lo que es necesario el fortalecimiento del programa de atención integral del adulto mayor de la Parroquia La Paz, que nos permitirán diseñar directrices para el manejo del Adulto Mayor desde el punto de vista salubrista con lo que a más de brindar servicio médico y atención comunitaria estaremos contribuyendo a la disminución de la morbi-mortalidad de los adultos mayores, ahorrando muchos recursos tanto humanos como financieros a las estructuras de salud del país.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Fortalecimiento del programa de control del adulto mayor mediante la socialización y aplicación de las Normas de Atención Integral del Adulto Mayor del MSP de la Parroquia La Paz del Cantón Yacuambi, Provincia de Zamora Chinchipe, para disminuir la morbi-mortalidad en este grupo etario, durante el periodo mayo 2011 – marzo 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conformación del Comité del Adulto Mayor de la Parroquia la Paz.
- Capacitación del Adulto Mayor sobre el autocuidado y prevención de las enfermedades en este grupo etáreo.
- Capacitación y actualizar al personal de salud (médico rural, enfermera y auxiliar de enfermería) sobre las Normas y Protocolos de Atención Integral del Adulto Mayor.

5. MARCO TEÓRICO

MARCO INSTITUCIONAL

1. ASPECTOS GEOGRÁFICOS DEL LUGAR

La parroquia La Paz se encuentra ubicada en el Cantón Yacuambi perteneciente a la provincia de Zamora Chinchipe, Tiene una superficie total de 1200 has. Cuenta con los siguientes barrios: Muchime, El Kimi, Kurintza, San Pedro de Kurintza, Chapintza, alto y Bajo, Napurak, el Nuevo Porvenir, Guayacanes, Jembuentza, Washikiat, Piuntza alto y Bajo, Santa Rosa, Nuevo Guaguaime, Namacuntza, Los ángeles, el Palmar, Zapotillo. El idioma es el, español, quichua, Shuar.

Los grupos étnicos son: Mestizos con el 16,37%, Indígena Saraguro con el 55.5% y Nativo Shuar el 28%.(fuente HJP de la Paz).

ASPECTOS FÍSICOS Y GEOGRÁFICOS

PERFIL TERRITORIAL

PROVINCIA: Zamora Chinchipe

CANTÓN: Yacuambi

PARROQUIA: La Paz

UNIDAD OPERATIVA: Puesto de Salud “La Paz”

Límites de la Parroquia “LA PAZ”

LONGITUD OESTE: 78° 56`55” **LATITUD SUR:** 3° 41`51”

NORTE: Parroquia de Guadalupe **SUR:** Parroquia 28 de Mayo

ESTE: Yanzatza **OESTE:** Cordillera de los Andes

Área:

La población se sitúa a una altura de 980 msnm, posee una extensión territorial aproximada de 323,312 Km². El centro poblado “La Paz”, está ubicada al norte de su propio territorio parroquial, al sur del territorio cantón Yacuambi, situado al margen izquierdo del río Yacuambi. Sus límites son: al **NORTE:** Piuntza; al **SUR:** Jembuentza; al **ESTE:** Santa Rosa y al **OESTE:** Río Yacuambi.

Está constituida por cuatro importantes territorios como reservas comunales: Yacuambi, Michanunka, Tiwinunka, Tukupinunka que forman parte de la zona de amortiguamiento en la parroquia y cantón.

A 16.20 Km. desde Muchime, la carretera principal atraviesa por el centro de la Parroquia a Paz, que se conecta con: “28 de Mayo”, Tutupali y próximamente con el cantón Saraguro, zona importante de enlace entre las provincias de Loja y Zamora Chinchipe.

Topografía:

El Centro “La Paz”, su altura es de 1100 m.s.n.m. posee un bosque húmedo tropical, premontado, en las estribaciones de la cordillera de Chicaña.

Posee una temperatura promedio de 19°C. Sus suelos son quebrado laderosos, franco – arcillosos.

El río Yacuambi recorre en su totalidad a la Parroquia y mayoría de barrios. En la cabecera parroquial se encuentra La quebrada San Roque misma que se origina en la parte de alta del mismo caserío, atraviesa la comunidad con dirección este a oeste para desembocarse en el río Yacuambi.

Clima:

El área de Yacuambi, posee un clima cálido húmedo, con fuerte precipitaciones en los meses de enero a julio y de agosto a diciembre se presentan lluvias distribuidas con mayor presencia de verano.

Se presentan moderados vientos durante los meses de agosto a noviembre, en el mes de septiembre se presentan las heladas.

Las principales características climáticas de Yacuambi se describen a continuación:

Condiciones Climáticas

FACTOR	VALOR
Temperatura mínima anual	10,2 °C
Temperatura media anual	22,2 °C
Temperatura máxima anual	33 °C
Precipitación promedio anual	2000 mm
Humedad relativa	90%
Altitud	885- 3808 m.s.n.m.

FUENTE: Anuario del Instituto Nacional de Meteoróloga.

Accesibilidad y Riesgo:

- **Formas de acceso:** Al cantón se accede por vía terrestre, posee caminos de tercer orden, que en ocasiones son interrumpidos por deslaves producto de las fuertes precipitaciones.
- **Medios de comunicación:** Yacuambi, cuenta con una red de telefonía pública convencional y desde el mes de Junio 2009 con el servicio de telefonía pública satelital, además es posible comunicarse a través de Fax y internet satelital.
- **Distancia desde la Comunidad a la Unidad de Salud más cercana:** a 5 Km aproximadamente se encuentra el puesto de salud de Jembuentza a 9 km el puesto de salud de Chapintza y en la parroquia 28 de mayo a 15 km aproximadamente Subcentro de Salud del lugar.
- **Zonas de Riesgo:** se producen deslizamientos de montañas, desbordamiento del río, crecimiento y desbordamiento de quebradas en épocas lluviosas que interrumpen la vialización. (Junta Parroquial de La Paz, 2009)

2. DINÁMICA POBLACIONAL

Población:

La población de la Parroquia La Paz, según el Censo Nacional del año 2010 es de 2043 personas, perteneciendo 1029 al sexo masculino y 1014 al sexo femenino, según se puede observar en la pirámide de población por grupos de edad y sexo. Ocupando el segundo lugar en población a nivel cantonal con un 35.01% de representación.

La población de los adultos mayores de la Parroquia la Paz es de 71 personas, correspondiendo 35 masculinos y 36 femeninos. (Censo de Poblacion y Vivienda Parroquia La Paz, 2010)

POBLACIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDAD PARROQUIA LA PAZ INEC 2010

LA PAZ			
GRUPOS DE EDAD	SEXO		
	Hombre	Mujer	Total
Menor de 1 año	35	27	62
De 1 a 4 años	117	127	244
De 5 a 9 años	154	154	308
De 10 a 14 años	157	136	293
De 15 a 19 años	132	102	234
De 20 a 24 años	81	97	178
De 25 a 29 años	71	66	137
De 30 a 34 años	56	66	122
De 35 a 39 años	48	50	98
De 40 a 44 años	35	49	84
De 45 a 49 años	27	31	58
De 50 a 54 años	37	23	60
De 55 a 59 años	17	29	46
De 60 a 64 años	27	21	48
De 65 a 69 años	10	16	26
De 70 a 74 años	10	5	15
De 75 a 79 años	7	5	12
De 80 a 84 años	4	7	11
De 85 a 89 años	4	3	7
TOTAL	1.029	1.014	2.043

Base de Datos: Censo de Población y Vivienda 2010

POBLACIÓN ADULTA MAYOR PARROQUIA LA PAZ 2010
GRUPOS DE EDAD Y SEXO

Grupo de Edad	Masculino	Femenino	Total
De 65 a 69 años	10	16	26
De 70 a 74 años	10	5	15
De 75 a 79 años	7	5	12
De 80 a 84 años	4	7	11
De 85 a 89 años	4	3	7
TOTAL	35	36	71

Fuente: INEC 2010

EDAD Y SEXO

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
65 Años	2	3	5
66 Años	4	4	8
67 Años	2	4	6
68 Años	-	2	2
69 Años	2	3	5
70 Años	3	2	5
71 Años	4	2	6
72 Años	1	-	1
74 Años	2	1	3
75 Años	1	2	3
76 Años	1	1	2
77 Años	3	-	3
78 Años	-	1	1
79 Años	2	1	3
80 Años	1	1	2
81 Años	1	1	2
82 Años	1	1	2
83 Años	1	3	4
84 Años	-	1	1
85 Años	2	1	3
86 Años	2	-	2
87 Años	-	2	2
TOTAL	35	36	71

Fuente: INEC 2010

AUTOIDENTIFICACIÓN SEGÚN CULTURA Y COSTUMBRES INEC 2010

Grupos de edad	Autoidentificación según su cultura y costumbres					
	Indígena	Montubio/a	Mestizo/a	Blanco/a	Otro	Total
De 65 a 69 años	18	-	8	-	-	26
De 70 a 74 años	12	-	3	-	-	15
De 75 a 79 años	8	-	4	-	-	12
De 80 a 84 años	5	-	5	1	-	11
De 85 a 89 años	3	-	4	-	-	7
Total	46	0	24	1	0	71

Fuente: INEC 2010

NACIONALIDAD O PUEBLO INDÍGENA AL QUE PERTENECE

Grupos de edad	Nacionalidad o Pueblo Indígena al que pertenece										
	Awa	Chachi	Cofan	Shiwiar	Shuar	Kichwa de la sierra	Puruhá	Kañari	Saraguro	Se ignora	Total
De 65 a 69 a	-	-	-	-	8	3	-	-	7	-	18
De 70 a 74 a	-	-	-	-	2	-	-	-	10	-	12
De 75 a 79 a	-	-	-	-	3	-	-	-	5	-	8
De 80 a 84 a	-	-	-	-	2	-	-	-	3	-	5
De 85 a 89 a	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	3
Total	0	0	0	0	15	4	0	0	27	0	46

Fuente: INEC 2010

Proyección de población por áreas de salud, según grupos programáticos Zamora 2010														
	Total	<1 año	12 a 23 meses	1 a 4 años	2 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 años y mas	Embarazada	M.E.F		DOC	
											10 a 49 años	15 a 49 años	Mamario/25 a 64 años	Cervico Uterino
La Paz	1.677	65	55	232	177	269	215	155	759	82	518	408	306	181

Fuente: *Proyección de población por áreas de salud, según grupos programáticos Zamora 2010, MSP*

INDICADORES ECONÓMICOS

Población económicamente activa (fuentes de ingreso, actividades de producción y comerciales, ingreso económico promedio, índice de empleo y desempleo)

- La ganadería bovina es el subsistema mas difundido en la población, que guarda relación con la superficie ocupada para los pastos, convirtiéndose en un sistema de subsistencia y ahorro para las familias campesinas, un alto porcentaje se dedican a la cría de ganado bovino y por consecuencia obteniendo productos derivados (leche, queso , quesillo, carne) y la venta del mismo. Más del 90% de las familias se dedican a esta actividad. Hay poca tendencia para la crianza de especies menores con fines de comercialización, más bien las pocas especies existentes se destina básicamente para el autoconsumo, como aves de corral y cuyes. También se dedican a la obtención de madera para su comercialización, estas dos principales fuentes de ingresos se relacionan por los esfuerzos y las causas de morbilidad que presentan estos habitantes, como son lumbalgias, infecciones respiratorias, infecciones de la piel.

Actividades Agropecuarias

- La principal actividad en todas las comunidades es la producción pecuaria, que se lo realiza con miras a la comercialización, la misma que representa un 80% y en menor escala se realiza la actividad agrícola, que representa el 20%, estos rubros son para la auto-subsistencia. Los principales cultivos son: caña, plátano, yuca, papa china y maíz.

Es necesario señalar que la actividad pecuaria y agrícola vienen realizando sobre una tecnología tradicional, no hay intervención de tecnologías que ayuden a incrementar la producción y elevar la productividad. La labranza del terreno para realizar los cultivos son mínimos.

Hay un desequilibrio en la fertilidad, se debe iniciar un programa para mejoramiento de la fertilidad de los suelos, a través de colección de estiércol, introducción de especies leguminosas, producción de abono vegetal y la introducción de lombricultura

Explotación Minera

- En los tiempos de verano los habitantes de este Cantón se dedican a esta actividad, la extracción del metal se lo realiza en forma artesanal y la metodología utilizada hace que se pierda una cantidad considerable del producto; cuando se lo realiza en forma manual no afecta al ecosistema y la ecología, por que el trabajo se lo realiza en la orilla del río donde no hay vegetación.

Pero en la actualidad, grupos de personas en forma ilegal están destruyendo la ecología del medio utilizando maquinaria pesada para esta actividad

ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

La Paz es una parroquia, la cual está dirigida por autoridades locales tal es el caso de la Honorable Junta parroquial creada en el año 2000 y la Tenencia política que empezó a laborar desde el año 1962 y sus 20 barrios representados por sus presidentes respectivos.

En el aspecto religioso existe una iglesia representada por su párroco reverendo Etnio Baqui quien reside en el convento parroquial.

Existen comités que trabajan en ciertas ocasiones tal es el caso de Club de Madres, El Club Deportivo Defensores, la Junta de agua y el comité local de salud, a través de veedores sociales que son de la misma comunidad.

Lógicamente con objetivos dirigidos hacia el bienestar de la población actualmente veeduría social aporta con sus ideas y vivencias las necesidades que deben ser corregidas para el adelanto de la parroquia que actualmente están representando.

CARACTERÍSTICAS ÉTNICAS

- **Shuar.-** etnia nativa y aborigen de la provincia de Morona Santiago, su idioma es el Shuar y el español.
- **Kíchwa Saraguro.-** es oriundo de la provincia de Loja, Cantón Saraguro, la primera persona que ha conquistado este lugar en compañía de otras personas es el Sr. Francisco Ávila, realizando su primer asentamiento en el sector denominado Canelos hoy San Antonio del Calvario. Su idioma es el Kíchwa y español.
- **Colonos.-** mestizos, son personas que han emigrado de las vecinas provincias de la sierra, su idioma es el español.

3. LA MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Misión:

Proporcionar una atención en salud de calidad basada en amabilidad y respeto llegando a los sectores más recónditos y necesitados de la comunidad, donde la atención médica no es algo común, trabajando en grupo (EBAS - representantes de la comunidad y colectividad) teniendo presente una visión de cambio para alcanzar y conservar la salud de nuestros habitantes.

4. LA VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Visión:

Promover, promocionar y conservar la salud como un estado de equilibrio dinámico, que se aplica tanto a un individuo como a una población, que la propia acción de la comunidad lleve a la conservación de la salud colectiva; porque la salud colectiva es el reflejo de la realidad socio – económica de nuestros individuos, las familias y comunidad; mejorando sus condiciones e indicadores de vida por la calidad de nuestro servicio prestado.

5. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

Dentro de sus políticas de acción del Puesto de Salud La Paz, se encuentran las de promover la atención primaria en salud para la cual fue destinada desde su creación.

En el nuevo modelo de atención, la cobertura territorial y poblacional de las unidades de salud del nivel básico es flexible y varía según el tipo de unidad que se trate y la zona (urbana o rural), donde estén localizadas. Los subcentros / puestos rurales deben cubrir todo el territorio de la parroquia donde están ubicados, cuando la extensión, la topografía y los recursos existentes permiten al personal de la unidad de salud una razonable accesibilidad a todas las localidades de la parroquia.

El Puesto de Salud La Paz, conformado por un equipo básico de salud compuesto por:

- 1 Médico de planta
- 1 Médico rural
- 1 Licenciada en enfermería
- 1 Auxiliar de enfermería

Organización de trabajo de la unidad de salud

El horario de atención es establecido mediante resolución del Director Provincial de Salud; actualmente esta atribución ha sido delegada al Jefe del Área, para que el mismo establezca la jornada de acuerdo a los requerimientos de los usuarios internos y externos, por lo que se labora en dos jornadas de 08h00 a 12h30 y de 13h00 a 16h30.

Con la permanencia del Médico Rural y enfermera en la parroquia, por lo que cuenta con vivienda propia y servicios básicos para el personal del Puesto de Salud.

6. SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN

El desarrollo del proceso de descentralización regionalizada de los servicios de salud implementada como política de salud a nivel nacional, propone la sistematización adecuada y el desarrollo con detalle y a profundidad de los elementos conceptuales, propuestas metodológicas y los instrumentos a aplicar en el nuevo modelo de atención

con tendencia a consolidar la acreditación del Área de Salud como meta de dicho proceso.

Dentro del contexto en la actualidad el nuevo código de salud establece las políticas y fines para los cuales fueron creados los subcentros /puestos de salud:

- Educación en salud, tanto para los trabajadores al servicio del programa como para los usuarios.
- Promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta
- Agua segura y saneamiento básico.
- Atención materno - infantil, incluyendo planificación familiar.
- Inmunizaciones.
- Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones.
- Prevención y control de enfermedades endémicas locales.
- Provisión de medicamentos esenciales.

Necesidades que atiende el Puesto de Salud La Paz:

El Puesto de Salud La Paz, presta servicios de medicina preventiva como vacunación, control de niño sano y control escolar, control prenatal y postparto, planificación familiar; atención de morbilidades, curaciones y cirugía menor; programas del Ministerio de Salud como el sistema integrado de nutrición, tanto para menores de 3 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, DOTS, DOC, y entrega gratuita de medicación; como también se dan charlas educativas tanto intra como extramurales, con temas de interés para la comunidad para promoción de la salud.

Durante el periodo del 2009, se realizaron múltiples charlas y visitas comunitarias dentro del puesto de salud, en escuelas, colegios y en comunidades, dictando temas de interés para los pobladores como:

- Cáncer cérvico-uterino
- Influenza AH1N1
- Cáncer y exploración de mama
- Parasitosis
- Primeros auxilios
- Casa abierta de prevención de embarazo
- Casa abierta por el día mundial de la tuberculosis

GRUPO BENEFICIARIO Y PRESTACIONES ESENCIALES

Menores de 1 año

- Control integral del niño con dotación completa de inmunizaciones contra tuberculosis, polio, difteria, tosferina, hepatitis B y meningitis (pentavalente); sarampión rubeola y parotiditis (S.R.P.); rotavirus e influenza.
- Valoración nutricional, educación y complemento alimentario (control niño sano)
- Tratamiento del niño desnutrido.
- Tratamiento de la morbilidad más frecuente especialmente EDA e IRA.
- Ley de maternidad gratuita.
- Creación de conocimientos, actitudes y prácticas en el hogar para fomentar el cuidado del niño y su estimulación temprana.

Niños de 1 a 4 años

- Control integral del niño
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo (incluyendo valoración visual y auditiva).
- Complementación de esquemas de vacunación.
- Valoración del estado nutricional, incluyendo educación y complementación alimentaria < 3años).
- Tratamiento del niño desnutrido.
- Atención de la salud oral.
- Tratamiento de patologías más frecuentes especialmente: EDA, IRA y parasitosis intestinal.
- Ley de maternidad gratuita.
- Estimulación y educación familiar para mejorar el cuidado del niño.

Escolares (5-14 años)

- Control integral del niño
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo (incluyendo valoración visual, auditiva, salud oral y salud mental).
- Tratamiento de patologías más frecuentes incluyendo: IRA, EDA y parasitosis intestinal.

Adolescentes

- Control integral del crecimiento y desarrollo (especialmente maduración sexual, funciones visual y auditiva).

- Detección y tratamiento de problemas más recuentes.
- Inmunizaciones con toxoide tetánico a adolescentes.
- Servicio de planificación familiar.

Embarazadas

- Control del embarazo incluyendo exámenes complementarios.
- Inmunización con toxoide tetánico.
- Eliminación de riesgo de sífilis congénita.
- Atención dental.
- Control nutricional incluyendo educación y complementación alimentaria.
- Detección y tratamiento de patologías generales y propias del estado gestacional.
- Atención del parto y valoración de posibles riesgos.
- Atención del posparto inmediato y mediato.
- Valoración del recién nacido incluyendo a administración de la vacuna BCG.
- Tratamiento de las complicaciones del período puerperal.
- Valoración nutricional incluyendo educación y complementación alimentaria (que debe mantenerse durante el período de lactancia).
- Detección del cáncer cérvico – uterino, toma de muestras cervicales en mujeres entre 30 y 64 años, procesamiento de muestras y manejo de casos de acuerdo a la valoración citológica.
- Educación en auto - examen de mama.

Adultos en general

- Detección y tratamiento de enfermedades crónico degenerativas como diabetes, hipertensión arterial, fiebre reumática, tuberculosis, E.T.S, epilepsia.
- Prevención de riesgos y tratamiento de enfermedades ocupacionales.
- Manejo integral del adulto mayor.
- Detección y tratamiento de las patologías más frecuentes.
- Educación a la familia y a la comunidad.

Todas las edades

- Educación para prevención de accidentes.
- Atención de emergencias.
- Prevención, control y resolución de enfermedades endémicas: malaria, dengue, rabia y otras de acuerdo a la zona.

- Tratamiento de otros problemas frecuentes en atención ambulatoria: ITU, leucorrea, vaginitis, dermatitis, piodermatitis, cólicos abdominales, colecistitis, dismenorrea.

Familias

- Evaluación y clasificación de las familias de acuerdo al riesgo biológico, socio-económico, higiénico-sanitario a fin de brindar el cuidado diferenciado.
- Cuidado especial a familias en riesgo mediante visitas domiciliarias con énfasis en familias: con mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil, o en edad de riesgo para cáncer cérvico-uterino y mamario, niños sin vacunación, niños desnutridos, discapacitados o con IRA o EDA a repetición, familias disfuncionales, personas con enfermedades crónicas, mala calidad o ausencia de servicios sanitarios.

Comunidad

- Educación en general y organización para fomentar la prevención de enfermedades, el autocuidado de la salud, la utilización de los servicios, y la participación en la gestión de los servicios.
- Atención a grupos cautivos: guarderías, escuelas, asilos etc.
- Incentivación y apoyo a la formación de grupos comunitarios mujeres, enfermos crónicos y jóvenes.

Medio Ambiente

- Identificación de riesgos ambientales, (por contaminación biológica , química y física)
- Incentivación y apoyo a programas de dotación y uso de agua segura y de disposición adecuada de excretas
- Control de vectores
- Control sanitario de alimentos, locales de uso público, y riesgo de zoonosis.
- Articulación funcional entre el subcentro de Salud con niveles de mayor complejidad
- En función de la capacidad resolutoria del Área de Salud N°1, los casos que ameritan auxilio diagnóstico especialmente con laboratorio clínico, ecografía obstétrica, electrocardiografía, son referidos desde los puestos del Área, y de otras áreas urbanas, a mas de consultorios privados y de las unidades de la red de servicios del área, los cuales en un número promedio de 10 pacientes al día, son

contrarreferidos con los resultados respectivos utilizando un instrumento que se anexa.

Acciones de investigación y vigilancia epidemiológica

- El monitoreo de muertes maternas e infantiles en la población bajo cobertura del centro, se la registra mediante la inscripción de las defunciones en el departamento de estadística del área.
- La detección y denuncia temprana de epidemias, se la realiza mediante el análisis del formulario Epi-1 y Epi-2 semanal que cada lunes es remitido posterior a su estudio, al departamento de Epidemiología de la Dirección Provincial de Salud de Zamora Chinchipe.
- El análisis de tendencias de enfermedades prevalentes, igualmente se lo realiza en base a los instrumentos Epi-1 y Epi-2.

7. DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA

COBERTURA DE ACCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Actualmente la Parroquia La Paz, tiene una superficie total 323,312 Km², equivalente a 32 331,2 hectáreas y una cobertura de población de 2.777 habitantes.

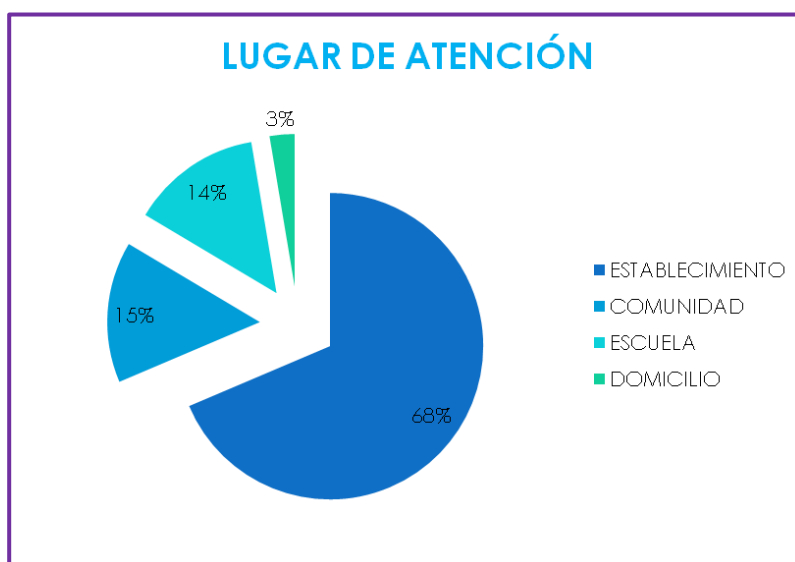
Parroquia	Comunidades	Superficie Has.	Superficie km²	(%)	Población total	(%)
28 de Mayo	28	48 774,3	487,743	38,52	3 030	45,7
La Paz	19	32 331,2	323,312	25,53	2.777	34,3
Tutupali	14	45 494,5	454,945	35,93	1 317	20,0
Total:	57	126 600	1 266	100	6 624	100

Distribución territorial y poblacional del cantón Yacuambi

La cobertura que se alcanzó durante el periodo (diciembre 2009- enero 2010), a nivel de establecimiento, escuela, comunidad, domicilio es:

COBERTURA DE ATENCIÓN

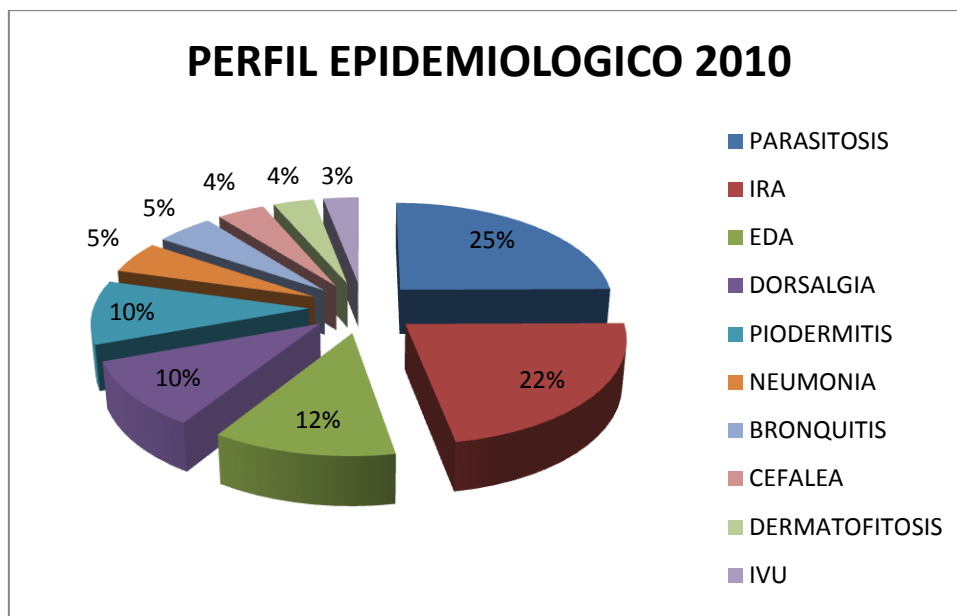
LUGAR DE ATENCION	PCTES	PORCENTAJE
ESTABLECIMIENTO	1893	68,61
COMUNIDAD	412	14,94
ESCUELA	381	13,81
DOMICILIO	73	2,65
TOTAL	2759	100



FUENTE: Diagnostico Situacional Puesto de Salud La Paz 2009 - 2010

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 2010

Al establecer el diagnóstico local de salud lo que nos interesa es conocer la clase y la magnitud del problema, al Ministerio de Salud Pública le interesa principalmente es la mortalidad y la morbilidad de los habitantes.



Fuente: Partes Diarios de la Unidad Operativa 2010

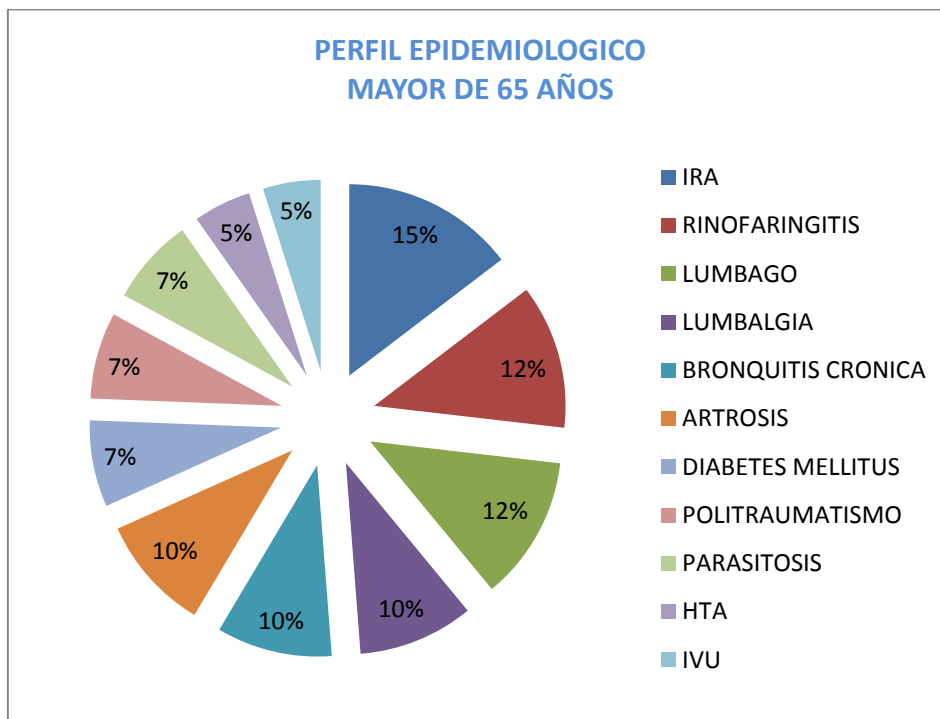
- La enfermedad más prevalente en el medio y que además representa el 24.86% del total de atenciones durante el periodo Diciembre 2009 – Noviembre 2010 es la **“PARASITOSIS INTESTINAL, sin otra especificación”**, es importante recalcar que este diagnóstico en la Unidad de La Paz es de carácter netamente clínico pues en este lugar no se cuenta con el equipo y personal necesarios para realizar análisis de laboratorio, es importante acotar que no existen consultas subsecuentes por parasitosis intestinal, todas son primeras consultas.
- En segundo lugar de prevalencia lo ocupan las **INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS** (resfrío común, faringitis faringoamigdalitis, rinofaringitis) que representa el 22.26% del total de atenciones durante el año de medicatura rural.
- En tercer lugar se encuentra la **ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA** (Diarrea y gastroenteritis) de probable origen infeccioso, con el 11.87% del total de atenciones por morbilidad. (Diagnóstico Situacional Parroquia La Paz, 2010)

Las enfermedades infecciosas que afectan a los tractos gastrointestinal y respiratorio ocupan los tres primeros lugares de prevalencia durante el 2010, uno de sus factores de riesgo más importantes, aunque no el concluyente pues se requieren estudios sobre la pureza y composición del agua, es la carencia del tratamiento de agua para el consumo humano, la contaminación de los ríos que abastecen a los habitantes es sin duda un factor que contribuye a enfermar a la población.

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MAYORES DE 65 AÑOS
PARROQUIA LA PAZ 2010**

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO MAYOR DE 65 AÑOS			
CIE-10	ENFERMEDAD	CASOS	PORCENTAJE
J00-j06	Infecciones Respiratorias Altas	11	25.58 %
M54	Dorsalgias	9	20.93 %
M54	Artralgias	4	9.30 %
J40-j47	Infecciones Respiratorias Bajas	4	9.30 %
E10-E11	Diabetes Tipo 2	3	6.98 %
T00-T07	Policontusiones	3	6.98 %
B65-B83	Parasitosis	3	6.93 %
I10	Hipertensión Arterial	2	4.65 %
N30-N39	Infección del Tracto Urinario	2	4.65 %
N76	Infecciones Vaginales	2	4.65 %
	TOTAL	43	100 %

Fuente: Partes diarios y concentrados mensuales del Subcentro de Salud 2010



Fuente: Partes diarios y concentrados mensuales del Subcentro de Salud 2010

Los pacientes mayores de 65 años presentan el 25.58% de casos de infecciones respiratorias agudas, el 20.93% de los casos corresponden a dorsalgias, comúnmente producidas por malas posiciones durante su vida, siendo prevenibles para las nuevas generaciones.

ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS EN EL ADULTO MAYOR INEC 2010

Discapacidad Auditiva (Sordera)			
Grupos de Edad	Si	Se ignora	Total
De 70 a 74 años	1	1	2
De 75 a 79 años	1	1	2
De 85 a 89 años	2	-	2
Total	4	2	6
Discapacidad Físico-Motora (Parálisis y amputaciones)			
Grupos de edad	Si	Se ignora	Total
De 70 a 74 años	-	1	1
De 75 a 79 años	3	1	4
De 80 a 84 años	1	-	1
Total	4	2	6
Discapacidad Mental (enfermedades psiquiátricas, locura)			
Grupos de edad	Si	Se ignora	Total
De 70 a 74 años	-	1	1
De 75 a 79 años	-	1	1
De 80 a 84 años	1	-	1
Total	1	2	3
Discapacidad Visual (Ceguera)			
Grupos de edad	Si	Se ignora	Total
De 65 a 69 años	1	-	1
De 70 a 74 años	-	1	1
De 75 a 79 años	-	1	1
De 80 a 84 años	3	-	3
De 85 a 89 años	1	-	1
Total	18	7	25

Fuente: INEC 2010

_8. CARACTERÍSTICAS GEO – FÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN

INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

La infraestructura del Puesto de Salud La Paz posee una edificación de hormigón armado, de una planta. Cuenta con dos consultorios médicos, equipados con camilla de examen y uno de ellos es el teleconsultorio que pertenece al proyecto de Telesalud UTPL – Tutupali el que se encuentra equipado con toda tecnología para poder brindar todos los beneficios del proyecto y un esterilizador; una sala de enfermería donde se administra vacunas y se archiva las fichas familiares; un cuarto de vacunas que cuenta con un frigorífico; una sala para preparación de pacientes que cuenta con balanza y tallmetro tanto para adultos como pediátrico; una sala de estadística que cuenta con repisas para carpetas de las historias clínicas de los pacientes; una vitrina del PCT (Programa contra la tuberculosis); una farmacia; además una sala de espera y dos baños para los pacientes y otro para el personal de la unidad operativa.

9. POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

La política social que está emprendiendo el estado en cuanto al nuevo modelo de atención que tiene parámetros enmarcados con la declaración del ALMA ATA se está llevando a cabo en cada una de las instituciones de salud pública.

Parámetros como: atención de primer nivel con las visitas domiciliarias, llenado de fichas familiares, educación para la salud, salud preventiva, cumplimiento de las jornadas completas de trabajo con atención de calidad y calidez; atención social sin discriminación.

La evaluación de algunos de los servicios de salud prestados en la institución se los realiza semanalmente con reportes en formatos pre-establecidos por parte del MSP. Pero la mayor parte de reportes se los presenta mensualmente para su evaluación a la coordinación de la jefatura de área, para su revisión antes de que sean presentados a los directores de cada programa. De igual forma cada profesional en mención debe cumplir con un perfil óptimo de desempeño evaluado por parte del SENRES. Así mismo se han conformado directivas dirigidas a cada grupo de población en su mayor parte para continuos monitoreos y socializaciones.

El Puesto de Salud La Paz, presta servicios de medicina preventiva como vacunación, control de niño sano y control escolar, control prenatal y postparto, planificación familiar; atención de morbilidades, curaciones y cirugía menor; programas del MSP como el sistema integrado de nutrición, tanto para menores de 3 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia (mi bebida, mi papilla, hierro y vitamina A), DOTS, DOC y entrega gratuita de medicación.

MARCO CONCEPTUAL

1. ORGANIZACIÓN DE LAS COMUNIDADES

Las acciones de las organizaciones comunitarias en salud pública en nuestro país se pueden concebir como acciones orientadas a las personas que muestran interés sobre la curación y rehabilitación de su salud, es decir actúa sobre los estilos de vida y sobre acciones poblacionales donde el objeto de evaluación es la población como un todo, dentro de este último término podemos ubicar la prevención que se dirige a grupos de riesgo o a toda la comunidad para mejorar su modo de vida.

La organización comunitaria deberá tener un programa o acciones concretas a realizar; deberá ser gestora, promotora y constante para que adquiera credibilidad y buen prestigio en la localidad. En la medida que la participación organizada sea eficiente, se podrán realizar un mayor número de acciones durante su gestión, no sólo por las aportaciones de los vecinos, sino porque se han de aprovechar los recursos de la comunidad; así como la cooperación comunitaria y el potencial de la mano de obra de los participantes.

Los servicios de salud, junto a la educación, son servicios a brindar y garantizar en las comunidades para satisfacer el desarrollo social de la población, por esto la comunidad debe jugar un rol activo de autogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus problemas de salud y el alcance de los objetivos, el desarrollo de la comunidad y con ello en el desarrollo social. (Participación social en el desarrollo de la salud, 2009)

1.1. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

“Es el derecho y el deber de los ciudadanos y ciudadanas para intervenir e incidir en la gestión de lo público y en la toma de decisiones en todos los asuntos públicos que afectan directa o indirectamente a la comunidad” (Participación Ciudadana y Control Social, 2010)

“La participación como fundamento de la democracia social debe expresarse en todos los actos y relaciones del hombre; en la familia, en la escuela, en el trabajo, es decir el hombre como padre, educador, trabajador; sólo cuando democratizamos las relaciones sociales, democratizaremos el Estado. Se trata entonces, de entender la

participación como un acto de la vida del hombre y como un acto de relación entre el hombre, la sociedad y el Estado". (Manual de Participación Ciudadana y Gestión Comunitaria)

Entendiéndose como participación ciudadana como la intervención de los ciudadanos en la esfera pública, en función de intereses sociales de carácter particular este es el caso de los comités de veedurías, juntas de acción comunas o juntas administradoras locales. (Participación social en el desarrollo de la salud, 2009)

Formas de Participación:

- La Participación Social: Este implica la agrupación de los individuos en organizaciones de la sociedad civil para la defensa y representación de sus respectivos intereses, por ejemplo grupos de jóvenes mujeres, discapacitados, etc. que buscan el mejoramiento de las condiciones de vida o defensa de intereses. El desarrollo de este tipo de participación articula el tejido social organizacional que puede tener presencia importante en el desarrollo de nuevas formas de participación, sobretodo en la esfera de lo público.
- La Participación Ciudadana: Se entiende como la intervención de los ciudadanos en la esfera pública, en función de intereses sociales de carácter particular este es el caso de los comités de veedurías, juntas de acción comunas o juntas administradoras locales.
- La Participación Política: Es la intervención de los ciudadanos a través de ciertos instrumentos (el sufragio) para lograr la materialización de los intereses de una comunidad política.

En contraste con la participación ciudadana, la acción individual o colectiva se inspira en intereses compartidos y no en particulares. Pero al igual que ella, el contexto es el de las relaciones entre sociedad civil y el Estado. (Liderazgo, Participación Comunitaria y Ciudadana, Fortalecimiento de las organizaciones pertenecientes a la asociación de proyectos comunitarios, 2005)

La Participación ciudadana sirve:

- La ciudadanía incide en las decisiones y acciones de las autoridades que afecten el interés colectivo.
- La comunidad asume su corresponsabilidad con el Estado y el ejercicio de sus derechos constitucionales y legales.

- La ciudadanía puede controlar que las acciones y decisiones de las autoridades estén apegadas a la ética y a la legalidad.
- Impulsa a la rendición de cuentas de los poderes públicos y fortalece la transparencia en la gestión y administración de lo público.
- A través de la participación ciudadana y el control social se pueden construir acuerdos y encontrar soluciones comunes que contribuyan al desarrollo humano integral y al mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas. (Participación Ciudadana y Control Social, 2010)

1.2. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Es el conjunto de acciones que despliegan diversos sectores comunitarios, en la búsqueda de soluciones a sus necesidades específicas... está ligada al desarrollo comunitario de un sector o un grupo comunitario y tiene como eje el mejoramiento de las condiciones de vida en la comunidad.

Características de la Participación:

- Es un proceso: implica varios momentos coherentes relacionados, implica un desarrollo en tiempo y espacio y es dinámico en cuanto que tiene que ver con la sociedad en que se da. Implica intervención: supone la capacidad de influir en el desarrollo de algo, en este caso en las decisiones que afectan la vida de los ciudadanos.
- Es organizada: implica la suma de los intereses de la comunidad a través de las organizaciones comunitarias para que los representen ante el Estado.
- Es consciente: al tomar conciencia sobre la realidad, los sujetos se transforman en protagonistas de su propio desarrollo.
- Contínua; implica un ejercicio constante, la participación está presente en la gestión del municipio y su carácter político, social y cultural lo que la convierte en un componente esencial de la democracia local.
- Protagonista de su propio desarrollo: el fin último de la participación es mejorar la calidad de vida a partir de la acción de las personas interesadas en hechos o situaciones en las que se interviene. (Manual de Participación Ciudadana y Gestión Comunitaria, 2000)

1.3. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

El servicio de salud, junto a la educación, son servicios a brindar y garantizar en las comunidades para satisfacer el desarrollo social de la población, pero por lo general han sido implantados por personas o instituciones que no conocen y/o no tienen relaciones con la comunidad, por lo cual puede llevar a que estos servicios no tengan aceptación y no cumplan sus objetivos ya que la población al no intervenir en ello, le resta efectividad a los esfuerzos que se hagan por garantizar la educación y la salud de los habitantes. Por esto la comunidad deber jugar un rol activo de autogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus problemas de salud y el alcance de los objetivos, el desarrollo de la comunidad y con ello el desarrollo social. (Políticas y estrategias para la seguridad alimentaria en el hogar, 1995)

Proceso de intervención de la población organizada en las deliberaciones sobre la atención a la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades, y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de obligaciones derivadas de su facultad decisoria” (G. de Roux, D. Pedersen, P. Pons y H. Pracilio: “Participación social y sistemas de salud en J.M.)

“El proceso en virtud del cual los individuos y familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario”. (Conferencia Internacional Atención Primaria de Salud. Alma Ata, 1978)

Si bien la definición en Alma Ata de participación comunitaria fue muy débil, a partir de la Carta de Ottawa 1986 adquiere connotaciones más precisas:

“La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de las prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud” (Carta de Ottawa, 1986).

Significado de Participación Comunitaria en Salud:

- Colaboración con una mayor disponibilidad de los servicios de salud.
- Mayor utilización de los servicios.
- Modificaciones del comportamiento.
- Actividades comunitarias relacionadas con la salud.

- Aportación de recursos.
- Realización de funciones administrativas. (La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud en el tercer mundo, 1988)

Objetivos de la Participación Comunitaria en Salud:

- Lograr que la comunidad tome conciencia de la situación real de salud.
- Organización de la comunidad para que participe activamente en la resolución de los problemas de salud.
- Participación activa en las acciones de planeación, gestión y desarrollo de los sistemas de salud.
- Coordinación con la comunidad organizada.
- Capacitación de los líderes comunitarios para que se desempeñen dentro de su comunidad como agentes multiplicadores de los conocimientos de salud.

Modelos de Organización Comunitaria:

- Desarrollo comunitario: de objetivos amplios (PROCESO).
- Planeación social: orientación específica hacia tareas concretas (RESULTADOS).
- Acción social: una mezcla de prioridades centradas tanto en el proceso como en los resultados (la mayoría). (Approaches to community interventions, 2001)

2. LIDERAZGO COMUNITARIO

El liderazgo comunitario se basa en la humildad humana, por ello una persona define su responsabilidad de líder manteniendo su pensamiento sano, equilibrado y optimista dirigido hacia el cambio constante de la sociedad, dejando sus intereses particulares en un segundo plano.

La persona líder, no es un dirigente que promueve proyectos o ideas a base de actitudes violentas, o más bien en el marco comunitario debe ser partícipe del desarrollo integral y de una cosmovisión unitaria.

En el contexto de las vivencias comunitarias, es considerado líder aquel que: demuestra seriedad personal, asume su papel con responsabilidad, lucha por la reivindicación de sus comuneros sin distinción de credo ni religión alguna, promueve la calidad de vida y el progreso de las generaciones venideras. Por lo tanto en los pueblos y nacionalidades indígenas siempre tenemos líderes y lideresas, quienes

demuestran sus capacidades de manera objetiva, como en el sentido de que no somos víctimas, sino que podemos crear directamente una comunidad. (Liderazgo constructivo comunitario: ¿Qué es y cómo se forma?)

Es cuando una persona tiene la capacidad de influir más que otros miembros de la comunidad en el desarrollo de actividades o la toma de decisiones a favor de la comunidad.

Habilidades humanas

- Incentivos: Reconocer públicamente el trabajo de los miembros de su grupo o comunidad.
- Motivación: Mantener a los miembros del grupo animados a continuar trabajando por el desarrollo de la comunidad
- Conducción: Saber orientar a su grupo, esto quiere decir saber cuándo convocar a reunión, delegar, actividades, etc.

Habilidades técnicas

- El manejo de recursos: Administrar de una buena forma, el dinero y los bienes de la comunidad.
- La coordinación: Buscar apoyo o asesoría con otros grupos o instituciones y mantener una buena comunicación.
- Afrontar adecuadamente los problemas: Buscar la forma pacífica de resolver los conflictos en su grupo o comunidad. Ésta puede ser el diálogo.
- Habilidades del conocimiento teórico
- Organización: Saber cómo distribuir las actividades de su grupo o comunidad, lo que permitirá una mejor utilización del tiempo, espacio y recursos.
- Planificación: Ordenar adecuadamente todas las actividades y distribuir los recursos para cada una de ellas.
- Evaluación: Después de cada actividad, promover una evaluación con los miembros del grupo o la comunidad para darse cuenta de cómo va el trabajo, y con esto, poder mejorarlo en las próximas actividades planificadas.
- Reflexión y Análisis: Saber interpretar los acontecimientos que se dan en el país y su comunidad lo que le permite actuar de forma adecuada en el qué hacer del desarrollo comunitario por lo que es una de las principales Habilidades.

Un buen liderazgo comunitario guarda relación con la capacidad de ejercer influencia sobre las actividades y los esfuerzos que se realizan para definir y alcanzar los objetivos. (Liderazgo, participación comunitaria y ciudadana, 2010)

El fin de un buen liderazgo es lograr un liderazgo participativo, compartido que pueda estimular a su comunidad y mantenerla unida, además, que ayude a la facilitación y a los procesos de reflexión sobre los problemas que tienen y sus soluciones.

2.1. LIDERAZGO EN EL ADULTO MAYOR

Líder es la persona que es capaz de dirigir, organizar y estimular a un grupo hacia el logro de objetivo común.

Ser líder implica poseer ciertas características personales y habilidades sociales que faciliten el desarrollo de las potencialidades y talentos de las personas que conforman un grupo para así poder cumplir con las metas que ese grupo se ha planteado, atender a su crecimiento y lograr un mejoramiento de su calidad de vida.

El líder Adulto Mayor, requiere tener nociones básicas de las principales características de la etapa de la Adulthood Mayor de manera de basar su actuar con altura de miras y fundado en sólidos principios como son: respeto, justicia, responsabilidad, voluntad, perseverancia, paciencia, tolerancia y tener la energía suficiente para ser el motor y guía del grupo.

Ser dirigente implica grandes responsabilidades, entre otras, estar en permanente contacto con personas e instituciones. Las personas son seres humanos que tienen fortalezas y debilidades, que tienen necesidades básicas que deben satisfacer, para lo cual se han fijado metas a alcanzar. Esto implica, a la vez, enfrentarse a obstáculos y dificultades que requieren de solución y/o aceptación para poder encontrar la mejor alternativa de solución y realizar aquellas acciones que les llevarán a cumplir sus objetivos con éxito. (Guía para dirigentes de organizaciones de adultos mayores funciones y orientaciones, 2007)

2.2. LIDERAZGO EN SALUD

El trabajo conjunto entre los líderes comunitarios y los profesionales en salud, se hace cada vez más necesaria en un momento en el cual los centros de atención primaria y los hospitales se enfrentan a una situación de cambio social. Diferentes factores como

la falta de profesionales, el aumento de las necesidades por parte de la población, el nuevo modelo de paciente, la satisfacción y confianza de los ciudadanos en las instituciones, la optimización de la planificación sanitaria, la introducción de nuevas tecnologías sanitarias, y el respeto al medio ambiente constituyen ejemplos de los nuevos retos que las organizaciones sanitarias y la comunidad tienen que confrontar. (Manual de comunicación social para programas de salud, 2011)

En los últimos años se han ido incorporando profesionales de la medicina y líderes comunitarios en relación a la dirección asistencial, dirección de proyectos comunitarios. Sin embargo, esta progresiva incorporación de los profesionales y los líderes comunitarios debe ir acompañada de una formación específica en las habilidades y los conocimientos que se precisan para llevar a cabo estas tareas y para afrontar los retos que el sistema sanitario nos plantea.

La necesidad de líderes dentro de la profesión médica y directiva, se hace más necesaria en un momento en el cual los centros de atención primaria y los hospitales se enfrentan a una situación de cambio social. Diferentes factores como la falta de profesionales, el aumento de las necesidades por parte de la población, el nuevo modelo de paciente, la satisfacción y confianza de los ciudadanos en las instituciones, la optimización de la planificación sanitaria, la introducción de nuevas tecnologías sanitarias, y el respeto al medio ambiente constituyen ejemplos de los nuevos retos que las organizaciones sanitarias y sus profesionales tienen que confrontar. (Retos y oportunidades del liderazgo en salud. , 2008)

3. EI ADULTO MAYOR

Envejecer sólo es la fortuna de poder vivir más tiempo. Envejecer no es decadencia, es solo un cambio de ritmo en la vida.

La vejez, ha dicho Juan Pablo II, es la coronación de los escalones de la vida. En ella se recogen los frutos de lo aprendido y de lo experimentado, de lo realizado y conseguido, de lo sufrido y soportado.

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzada este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

El envejecer, o mejor, el poder vivir más tiempo, implica una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y socioculturales que las personas no están preparadas a enfrentar. Estos cambios no solo suceden dentro de cada individuo sino también en las personas que están a su alrededor. (Sanclemente F., 2009)

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada " Calidad de Vida" y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social.

3.1. EL ADULTO MAYOR Y LA SOCIEDAD

El envejecimiento de la población se está convirtiendo en uno de los problemas más importantes no sólo para la investigación, docencia y práctica biomédica, sino para el conjunto de las Ciencias Sociales.

El siglo XX pasará a la historia de la humanidad como el siglo en el cual el envejecimiento de la población se convirtió en un fenómeno de alcance global, que se extiende por todos los países, fundamentalmente con un alto nivel de desarrollo.

La tendencia demográfica hacia el envejecimiento de la población se manifiesta en un aumento en el porcentaje de personas mayores de 65 años, un incremento en el número absoluto de personas mayores y un aumento de la esperanza de vida. Esto determina el crecimiento de la población anciana en la actualidad.

El término de envejecimiento es aplicable a un individuo o a una población en su conjunto, no obstante existen diferencias en ambas aplicaciones. Un individuo envejece al aumentar su edad cronológica de vida, pasando por varias etapas enmarcadas estadísticamente.

El envejecimiento ha sido definido también como todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

En la actualidad el índice empleado comúnmente para medir el envejecimiento es la edad cronológica de 65 años o más. Se considera que una población con unos diez o más por ciento de personas con 65 o más años de vida indica la presencia de una estructura poblacional anciana o de edad avanzada.

Los resultados de los estudios gerontológicos han originado la llamada práctica gerontológica que consiste en varias modalidades de intervención y acercamiento profesional a los ancianos, de tal forma que se ayude a transformar actitudes en los mismos ancianos, familiares y comunidad hacia el proceso del envejecimiento. (Padilla, 2005)

3.2. EL ADULTO MAYOR Y LA CONSTITUCIÓN

Según la Constitución Política de la República del Ecuador, el Estado como ente principal, garantizará a las personas de la tercera edad el derecho a una asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, atención integral de salud gratuita y tratamiento preferente tributario y en servicios; así como a otros grupos vulnerables, una adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental; además, propenderá a la defensa de los derechos y garantías de este grupo poblacional, ya que se hallan inmersos en esta problemática tanto el “ESTADO, LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD”, comprendido por el Gobierno Central, los Gobiernos Provinciales y Municipales, Instituciones Públicas y Privadas, Función Judicial y Congreso Nacional.

En la actualidad existe superposición de funciones porque las diferentes entidades públicas y privadas no respetan la Ley Especial del Anciano como lo estipula el Artículo 4 del Cuerpo Legal antes mencionado; por tanto, a fin de evitar acciones transversales, éstas deberían coordinar sus políticas con el Ministerio de Bienestar Social, a través de la Dirección Nacional de Atención Integral Gerontológica.

Los recursos económicos no son distribuidos equitativamente a los diferentes grupos vulnerables, es así, que los proyectos, programas o acciones gerontológicas que se han elaborado no llegan a cumplirse por falta de recursos; para lo cual, debería darse cumplimiento a lo que determina el Artículo 19, literales a) y b) y Artículo 20 de la Ley del Anciano: “Para financiar los programas contemplados en esta Ley, por lo que

créase el FONDO NACIONAL DEL ANCIANO (FONAN), que asciende a la cantidad de 41´758.449,80 USD, correspondiente al 10% del Presupuesto General del Estado”. (Plan Nacional de Desarrollo , 2007-2011)

3.3. LEY REFORMATORIA A LA LEY DEL ANCIANO

El Ministerio de Inclusión Económica y Social y los Gobiernos Autónomos Descentralizados, en el plazo máximo de un año contando a partir de la vigencia de esta Ley, pondrán en funcionamiento Hogares de Protección de Adultos Mayores, los mismos que deben contar con los equipos y personal calificado necesario para una integral, oportuna y ágil atención en la que se incluirán actividades de terapia ocupacional, cultura, recreación, actividad física, entre otras.

Art. 1.- En concordancia con las normas constitucionales vigente, cámbiese la denominación de La Ley del Anciano, por Ley de Derechos del Adulto Mayor.

La Constitución de la República del Ecuador expresa:

Art. 32: La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir....

Art. 36: Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de la inclusión social y económica, y la protección contra la violencia. Se consideraran personas adultas aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad. (Ley Reformatoria del Adulto Mayor, Mayo 2010)

Art. 38: El estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades, asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En los actuales momentos el acceso a los Servicios de Salud por parte del Adulto Mayor es limitado y restringido por varias condiciones:

1. Acceso físico, por distancia, discapacidad y por horarios de atención.

2. De inseguridad por los tratamientos que no siempre son eficaces o curativos por que la visión actual de Atención al Adulto Mayor no es de tipo INTEGRAL sino curativo paliativo según su sintomatología, lo que genera polifarmacia, maltrato, diagnósticos superficiales, omisión del área cognoscitiva, destrezas y habilidades para el área de auto cuidado.
3. Desconocimiento de las etapas del envejecimiento con la premisa de que los cambios más ostensibles del envejecimiento en los seres humanos empiezan alrededor de los 40 años.

4. REALIDAD NACIONAL DEL ADULTO MAYOR

La situación de pobreza por la que atraviesa nuestro país hace que los adultos mayores sean considerados como uno de los grupos más vulnerables.

De las estadísticas recogidas en la atención de la población adulta mayor que vive en alto riesgo constatamos un alto porcentaje de personas mayores que viven condiciones deplorables de vivienda, en muchos casos no cuentan con un domicilio propio donde puedan vivir "adecuadamente" y con todas los servicios necesarios. Residen en calidad de cuidadores de terrenos que cuentan solo con un pequeño cuarto sin los servicios básicos necesarios, en algunos casos solos y sin atención, agrava la situación un ambiente frío que empeora sus condiciones de salud.

La población de adultos mayores en Ecuador ha crecido considerablemente debido a que la esperanza de vida ha ido cada vez más en aumento, al igual que muchos otros países, se presentan cambios demográficos consistentes en la disminución de la población menor de 15 años y el aumento del grupo de 60 años y más. (CASTRO, J. JURADO, N.) En el Ecuador según las estimaciones oficiales, la expectativa de vida bordearía actualmente los 75.2 años: 72.3 años para la población masculina y 78.2 años para la femenina. (SENPLADES, 2008)

Al mismo tiempo, los que en número creciente llegan a la "tercera edad", también requieren servicios especializados en salud, seguridad social, accesibilidad arquitectónica y urbanística, así como una nueva concepción de ocupaciones para aprovechar socialmente sus potencialidades creativas, situación que demandará mayor presupuesto por parte del estado para garantizar el cumplimiento de programas y proyectos que deberán emplearse a este grupo de edad. (RIOSECO)

El problema de alojamiento no solo se encuentra en lo anteriormente mencionado, se agrava cuando muchos de los adultos mayores son responsables o parte de una familia extensa que por la carencia de recursos debe vivir en un total hacinamiento, obligando a los adultos mayores a vivir en rincones y sin ningún tipo de comodidad.

Esta situación no es identificada como un problema de importancia, esto se refleja en la indiferencia que la sociedad manifiesta frente a Adultos Mayores, que deambulan en plazas y parques porque hay pocos espacios especializados para ellos que frente al permanente empobrecimiento, resultado del modelo de capitalismo de libre mercado, han optado por la mendicidad como un medio de vida. (Situación de los Adultos Mayores)

Las necesidades de salud de las personas adultas mayores son diferentes de las otras etapas de vida, por ser un grupo poblacional complejo donde confluyen por un lado aspectos intrínsecos del envejecimiento, alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas (entre las que hay que considerar depresión y demencia), mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, que lo sitúan en una posición de vulnerabilidad; y con aspectos extrínsecos como la falta de recursos económicos, débil soporte familiar y social, que lo colocan en situación de desprotección, que usualmente generan daños mal diagnosticados o que pasan inadvertidos, contribuyendo al deterioro de la salud de estas personas.

5. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS EN EL ADULTO MAYOR

A diferencia de pacientes jóvenes, el adulto mayor está afecto a muchos factores biológicos y psico-sociales, que alteran el proceso de reconocimiento de una enfermedad. Es por ello que no hay que esperar que un anciano consulte por síntomas y signos típicos de una enfermedad para sospecharla.

Esta dificultad para reconocer la presencia de alguna enfermedad actual se debe principalmente a tres factores: la aceptación de la enfermedad como algo propio del envejecimiento, la forma atípica en que se manifiestan y la existencia de múltiples patologías concomitantes.

La suma de estos factores lleva a una demora en la consulta, lo que se ha demostrado que incide directamente en la eficacia del tratamiento médico. Es así como patologías simples que pueden ser solucionadas si son tratadas oportunamente, quedan sin

tratamiento o sólo con manejo paliativo, contribuyendo así al deterioro y a mayor dependencia de ese adulto mayor.

La anamnesis en un paciente geriátrico plantea diversos desafíos al médico, que resultan en una historia generalmente más larga y difícil de lograr. La aplicación clásica de anamnesis muchas veces debe ser modificada al evaluar a un paciente geriátrico, y debe enfocarse en el paciente individual y enfermedades que comúnmente afectan a esta edad.

Ocurre con cierta frecuencia que el paciente posee patologías que impiden tomar una correcta historia clínica. Hipoacusia, ceguera, afasia y trastornos cognitivos frecuentemente interfieren con el proceso de la entrevista. Es importante consultarle al paciente si usa accesorios como lentes, audífonos o placa dentaria ya que la falta de estos puede entorpecer gravemente la comunicación con el médico. Por esto se debe optimizar las condiciones ambientales, como disminuir el ruido o mejorar la iluminación de la sala, para lograr una comunicación más efectiva. (Abrass., Kane R. Ouslander J., 1994)

Una buena evaluación geriátrica debiera contener una evaluación funcional del paciente que incluya las actividades del quehacer diario. Preguntas como cuán lejos es capaz de caminar y qué actividades realiza la mayor parte del día, otorgan una muy buena orientación al nivel de actividades realizadas por el anciano. Otros datos que deben ser incluidos en la evaluación funcional son la capacidad de vestirse y hacer sus necesidades sin ayuda de otras personas. Existen múltiples encuestas y tablas de evaluación funcional para pacientes geriátricos. (Bennett G. Ebrahim S., 1995)

- **DISCAPACIDAD SENSORIAL**

La disminución de la visión y audición es un problema muy común en las personas de edad, teniendo más de la mitad de los mayores de 75 años algún tipo de disfunción auditiva y una mayor proporción disfunción visual. Son patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves efectos psico-sociales. Producen problemas de comunicación del paciente con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales. También son importantes factores de riesgo para producir o agravar cuadros de depresión. Un diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para evitar estas frecuentes complicaciones.

- **DISCAPACIDAD AUDITIVA**

La pérdida de audición puede ser producida por una alteración de cualquier componente del sistema auditivo, pero lo más frecuente es que se deba a un trastorno relacionado con la edad llamado presbiacusia. Esta es una hipoacusia de tipo sensorineural, es decir del oído interno y/o nervio acústico, en que se observa una disminución de la percepción de frecuencias altas (agudas). Esto produce que se escuchen mal las consonantes que tienen frecuencias más altas y predomine la percepción de las vocales, lo que tiene efectos importantes en la comprensión del paciente. Esta enfermedad se caracteriza por ser bilateral, simétrica y progresiva y generalmente se inicia después de los 40 años. Suele acompañarse de tinnitus, motivo de consulta frecuente en estos pacientes. La etiología de la enfermedad no está clara, pero se relaciona a la pérdida de neuronas del nervio acústico y degeneración del órgano de Corti en la cóclea.

El diagnóstico de presbiacusia se hace mediante audiometría. El tratamiento, generalmente consiste en la instalación de audífonos si la pérdida de audición es significativa y entorpece la comunicación social.

- **DISCAPACIDAD VISUAL**

El envejecimiento produce una serie de cambios en el ojo, sin embargo puede ser difícil distinguir estos cambios fisiológicos de algunos cambios patológicos. Algunos cambios propios del envejecimiento son ptosis, entropión o ectropion, alteraciones del cristalino, iris y cornea así como también alteraciones neurales y de la presión intraocular. Todo esto facilita la aparición de múltiples patologías que afectan la visión en el adulto mayor. Es importante investigar estas alteraciones con el fin de evitar su progresión a patologías más complejas y a eventual pérdida de la visión.

- **DISCAPACIDAD MENTAL**

La discapacidad mental (DM), íntimamente relacionada con el incremento de la expectativa de vida, se considera uno de los problemas más graves que hay que enfrentar en el presente siglo (Rodríguez Cabrera A. La teoría de la transición demográfica. La Habana: ENSAP, 2002), de ahí que se considere a la población de 60 años y más como uno de los grupos sobre los que habrá que realizar modificaciones

sustanciales en políticas y acciones de salud, por lo que mejorar la prevención, el tratamiento, el pronóstico, así como la calidad de vida de estos pacientes, se ha convertido en un reto para la comunidad científica internacional. (MORA ANTO, Adriana; CORDOBA ANDRADE, Leonor; BEDOYA URREGO, Ángela María e VERDUGO, Miguel Ángel.)

- **DISCAPACIDAD MOTORA**

La inmovilidad es una entidad sindrómica que deteriora de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores. Obedece a diversas etiologías y cursa con síntomas y signos asociados a la disminución de la capacidad motriz del adulto mayor. Estas alteraciones darán a su vez cuenta de otras patologías que continuarán con el deterioro de la calidad de vida del paciente, es por esto que dicha condición debe ser siempre estudiada a fin de hallar etiologías y factores corregibles y asimismo debe ser tratada como un problema médico relevante en la atención del paciente mayor.

Las formas de presentación de este síndrome son variadas según la causa subyacente.

Existen pacientes que estando en condiciones de movilidad total caen en inmovilidad abruptamente como es el caso de aquellos que sufren accidentes vasculares encefálicos o traumatismos incapacitantes. Otros muestran deterioro progresivo ya sea desde una situación de movilidad total o parcial por alguna enfermedad crónica como es el caso de la osteoartritis, las enfermedades neoplásicas, la insuficiencia cardíaca y respiratoria o la enfermedad de Parkinson.

Y algunos cursan con fenómenos episódicos que ceden totalmente como en las enfermedades autoinmunes o neuropatías de origen hidroelectrolítico o episodios que van disminuyendo progresivamente la capacidad motriz como las caídas a repetición o las hospitalizaciones frecuentes sin apoyo kinésico especializado. (Escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/InmovilidadCaidas.pdf)

6. CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Se define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

La población anciana ha crecido en los últimos años, Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una vida con calidad, en el adulto mayor. (VERA, Sept. 2007)

Eamon O'Shea sostiene que *“la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida”*. (O´Shea, 2003)

Krzeimen sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la *“medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor”*. (Krzemien, 2001)

6. DISEÑO METODOLÓGICO

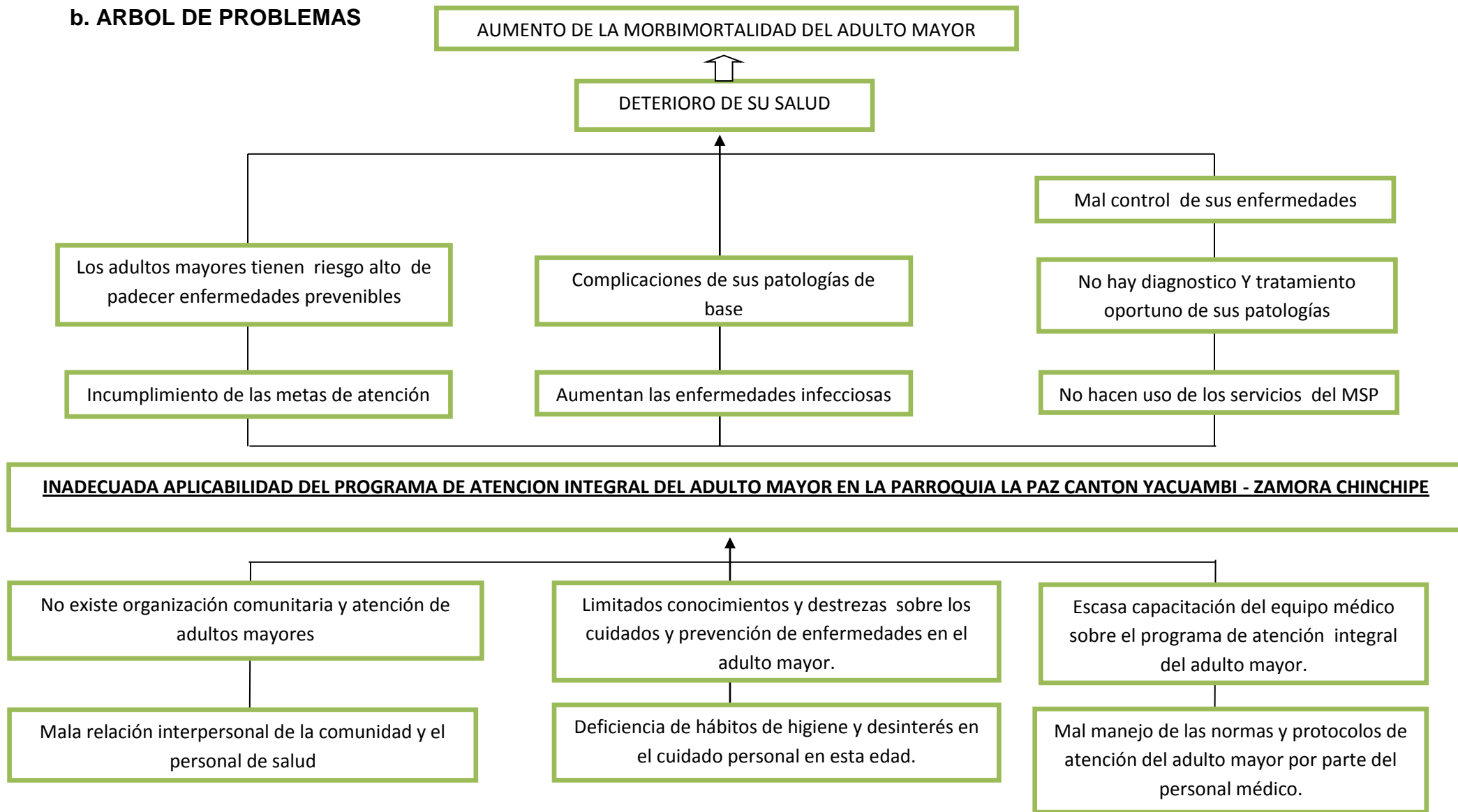
a. MATRIZ DE INVOLUCRADOS

MATRIZ DE INVOLUCRADOS			
GRUPOS / INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
<p>ADULTOS MAYORES DE LA PARROQUIA LA PAZ</p>	<p>Mejorar la calidad de vida de este grupo etario.</p>	<p>Recursos Humanos</p>	<p>Inadecuado manejo de las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor por parte de la institución de salud de la parroquia.</p>
<p>DELEGADOS DE LAS COMUNIDADES RURALES DE LA PARROQUIA LA PAZ</p>	<p>Recibir calidad de servicios.</p>	<p>Demandar: Exigir mayor atención y recursos por parte de la Dirección Provincial de Salud de Zamora Chinchipe.</p>	<p>Insuficiente promoción de la salud dirigida a los adultos mayores por parte de la institución de salud de la parroquia.</p>

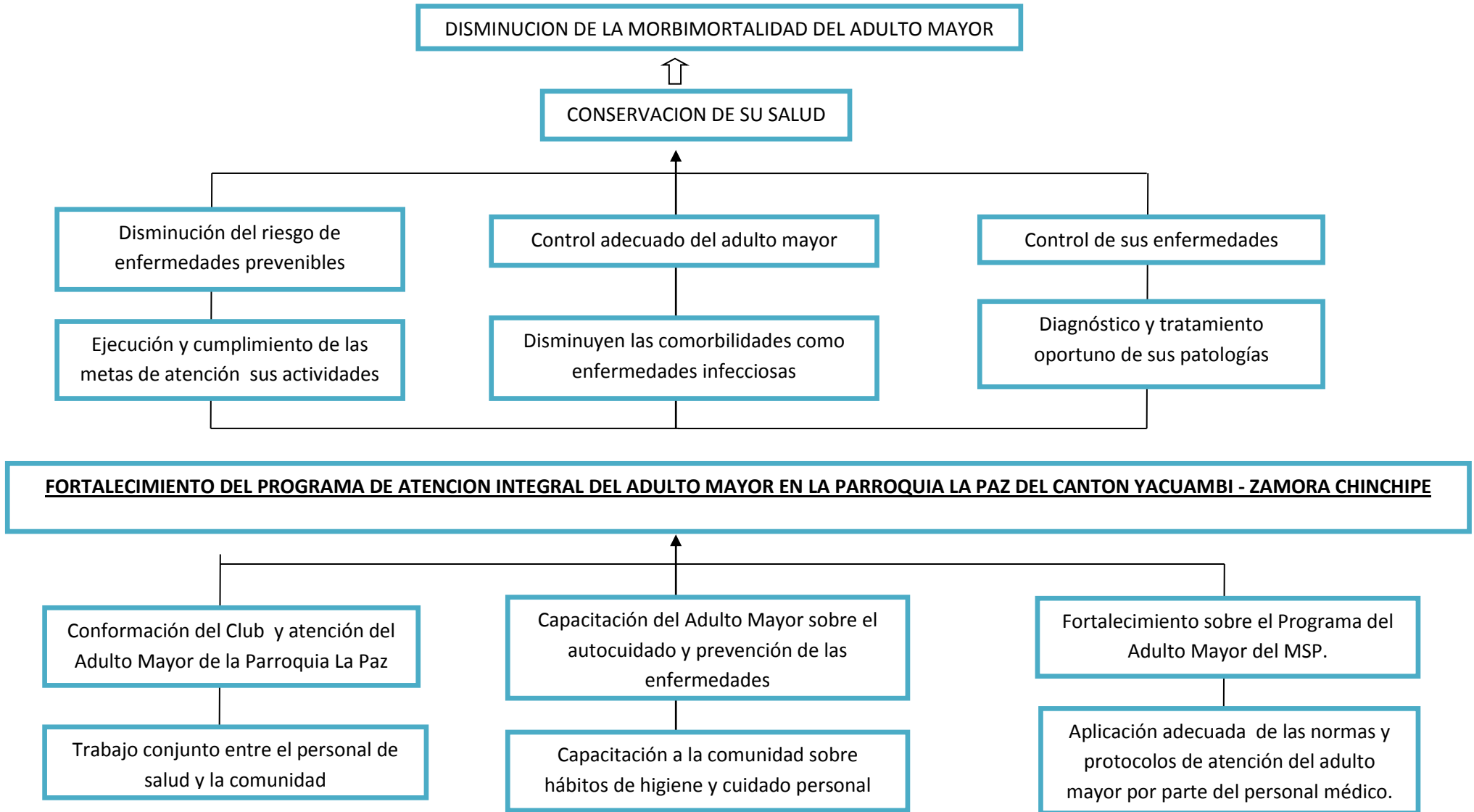
<p>PERSONAL DEL PUESTO DE SALUD LA PAZ</p>	<p>Actualizar al equipo de salud involucrado sobre el programa de Normas y Protocolos de atención Integral del Adulto Mayor.</p> <p>Lograr mejorar la calidad de atención en salud de los adultos mayores</p>	<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humanos - Tecnológicos - Económicos <p>Demandar:</p> <p>Adecuado manejo del programa de atención integral y de calidad a todos los adultos mayores.</p>	<p>Inadecuada capacitación al personal de salud de las unidades operativas sobre el manejo de las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor.</p>
---	---	--	--

<p>AUTORA DEL PROYECTO</p>	<p>Contribuir con el fortalecimiento y seguimientos del programa de atención integral del adulto mayor</p> <p>Rescatar al adulto mayor del abandono e incluir a los adultos mayores a la sociedad</p> <p>Bienestar de su población de adultos mayores.</p>	<p>Recursos Humanos Recursos económicos Recursos Tecnológicos</p> <p>Demandar: Cumplimiento del art 32, 36 y 38 de la ley reformativa del Adulto mayor.</p>	<p>Desinformación del autocuidado e importancia del control mensual de sus enfermedades de los adultos mayores.</p>
-----------------------------------	--	---	---

b. ARBOL DE PROBLEMAS



c. ARBOL DE OBJETIVOS



d. MATRIZ DE MARCO LOGICO

OBJETIVOS		INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad del Adulto Mayor en la Parroquia La Paz del Cantón Yacuambi.	Disminuir la morbi-mortalidad del Adulto Mayor de la Parroquia La Paz	Perfil Epidemiológico del Puesto de Salud La Paz.	Participación comunitaria activa y propositiva.
PROPÓSITO	Fortalecimiento del programa de atención integral del adulto mayor de la Parroquia La Paz, cantón Yacuambi.	El 100% del equipo médico (médico rural, enfermera y auxiliar de enfermería) capacitados sobre el Programa de Atención Integral del Adulto Mayor en el Puesto de Salud la Paz hasta marzo 2012.	Registros de Asistencia Registro Fotográfico Registro de actividades	Médico Rural Enfermera de Planta Auxiliar de Enfermería

COMPONENTES O RESULTADOS ESPERADOS	1. Conformación del Club del Adulto Mayor de la Parroquia la Paz y Atención del Adulto Mayor.	El 100% del comité, conformado hasta julio 2011. El 76% de los adultos mayores han sido atendidos en el Puesto de Salud la Paz.	Acta de conformación del club del adulto mayor. Perfil Epidemiológico de las atenciones del Adulto Mayor	Médico Postgradista Médico Rural Enfermera
	2. Capacitar a los adultos mayores sobre la importancia del autocuidado y prevención de enfermedades propias del grupo etáreo.	El 76% de los adultos mayores fueron capacitados en razón del autocuidado y prevención de enfermedades propios de la edad, hasta julio 2011	Registro fotográfico Lista de asistencia	Médico Postgradista Médico Rural Enfermera Adultos Mayores
	3. Actualizar al personal de salud sobre el programa de atención integral del Adulto Mayor del MSP.	El 100% del Personal de la unidad operativa (médico rural, enfermera y auxiliar de enfermería) capacitados en las normas y protocolos de	Acta de conformación del comité y compromisos establecidos. Coordinación entre la	Médico Postgradista Médico Rural Enfermera Adultos

		atención integral del adulto mayor hasta marzo 2012	comunidad y las instituciones de salud. Lista del personal capacitado. Memorias de la capacitación.	Mayores
--	--	---	---	---------

ACTIVIDADES		RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
1.	- Reunión con el equipo médico y con los adultos mayores de la parroquia.	Autor proyecto Adultos Mayores Junta Parroquial Personal unidad de salud	Mayo 2011	Materiales: Afiches, Invitaciones, oficios refrigerio. Económicos: 40 dólares
	- Organización del comité y elección de la directiva del Adulto Mayor y Planificación de actividades del Comité del adulto mayor	Autor proyecto Adultos Mayores Personal unidad de salud Comité del adulto mayor y personal de la unidad de salud	Junio 2011	Materiales: Pizarra, marcadores, borrador, papel, lápiz. Económicos: 15 dólares
	- Atención del Adulto Mayor	Equipo Médico	Junio 2012	Material médico del Puesto de Salud La Paz

2.	<p>Taller de difusión acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado personal y cambios físicos propios de la edad. • Alimentación saludable para los adultos mayores. • Dinamización ocupacional 	Autor del Proyecto Personal Medico Adultos Mayores	Julio 2011	<p>Materiales: computadora, diapositivas, videos, Infocus. Económicos: 40 dólares</p>
	- Taller de difusión sobre los deberes y derechos de los Adultos Mayores.	Autor del Proyecto Personal Medico Adultos Mayores	Julio 2011	<p>Materiales: videos, diapositivas, computadora, Infocus, papelógrafos, break. Económicos: 40 dólares</p>
	- Taller de difusión sobre el Programa de Atención Integral del Adulto Mayor	Autor del Proyecto Personal Medico Adultos Mayores	Julio 2011	<p>Materiales: pelotas, toallas, dinámicas, ejercicios, posiciones correctas. Económicos: 25 dólares</p>
	- Taller de difusión de las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor	Autor del Proyecto Personal Medico	Enero 2012	<p>Materiales: computadora, diapositivas, copias, esferos, lápices, borradores. Económicos: 5 dólares</p>

3.	- Taller práctico sobre el uso de los formularios existentes dentro de las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor dirigido al personal médico.	Autor del Proyecto Personal Medico	Febrero 2012	Materiales: computadora, diapositivas, copias, esferos, lápices, borradores. Económicos: 15 dólares
	- Dotación física de test / escalas de valoración en la consulta externa para los adultos mayores.	Autor del Proyecto Personal Medico	Marzo 2012	Materiales: computadora, diapositivas, copias, carpetas emplastados. Económicos: 25 dólares

7. RESULTADOS

RESULTADO ESPERADO I

1. Conformación del Comité del Adulto Mayor de la Parroquia la Paz.

Para lograr la participación social de este grupo etario, se requiere la colaboración de la Unidad Operativa, a través de sus principales representantes, por lo que se realizó la conformación del Comité del Adulto Mayor, que fomentará la integración de la misma, siendo un pilar fundamental para el fortalecimiento de la gestión; la participación siempre es un acto social, nadie puede participar de manera privada para sí mismo, sino que siempre se lo hace junto a otros, aunque no es posible lograr una participación en todo, ni participar todos de la misma manera, lo importante es motivar a que cada integrante descubra la importancia de su participación.

Para la obtención de este Resultado esperado se efectuaron las siguientes actividades:

1. Reunión con el equipo médico y con los adultos mayores de la parroquia.
2. Organización del comité y elección de la directiva del Adulto Mayor.
3. Planificación de actividades del Comité del adulto mayor

Basándonos en los resultados del proceso investigativo, en relación a las organizaciones gremiales del área de influencia de esta Unidad Médica se procedió a:

- a) Identificar a los líderes comunitarios
- b) Realizar un listado de las personas pertenecientes a este grupo etario
- c) Establecer como fecha y lugar adecuados para el desarrollo de la reunión (el 8 de junio en el departamento del Puesto de Salud La Paz).
- d) Emitir una invitación a todos los integrantes del Club del Adulto Mayor
- e) Entregar las invitaciones y programa de la reunión, personalmente para comprometer la asistencia de estos líderes a la reunión.

Mediante estas estrategias se logró la asistencia de 54 adultos mayores, con los cuales se procedió a nombrar al Comité del Adulto Mayor para esta unidad Médica y parroquia, el mismo que quedó conformado de la siguiente manera: **(Anexo 1)**

Coordinador: Sra. Carmen Sarango – Representante de Namacuntza
Sr. Rosendo Ramón – Representante de Washikiat
Dra. Silvana Cabrera – Representante de La Paz -

Presidente: Sr. Maximiliano Armijos

Vicepresidente: Sr. Pedro Morocho

Secretario: Sr. Manuel de Jesús Guailas

Tesorero: Sra. Enma Arias Riofrío

Además de manera participativa y mayoritaria se resolvió que el comité de Participación Comunitaria será elegido por períodos de un (1) año; y podrán ser reelegidos máximos por otro período.

Sus Funciones serán las siguientes:

1. Participar en los procesos de diagnóstico, programación y evaluación de los servicios de salud de la Unidad Operativa La Paz.
2. Intervenir en las actividades de Planificación de la Atención Médica del Puesto de Salud La Paz.
3. Programar y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva ambulatoria
4. Proponer programas de capacitación e investigación según las necesidades determinadas por los miembros de la población estudiada.
5. Elegir por y entre sus integrantes, un representante ante El Comité del Adulto Mayor del Puesto de Salud para que participe en calidad de observador en los procesos de adquisiciones.
6. Consultar e informar periódicamente al representante del comité, sobre los servicios que se presta esta Unidad Médica La Paz y las actividades y decisiones del comité.
7. Velar porque los recursos económicos de fomento de la Salud y prevención de la enfermedad se incluyan en el presupuesto de la Unidad.
8. Adaptar su propio reglamento.
9. Evaluar anualmente su propio funcionamiento y el de la Unidad Médica y aplicar los correctivos cuando fuere necesario.

Finalmente tras la conformación del comité, se procedió a la realización de un plan de trabajo del Adulto Mayor, así también a hacer la entrega formal de Materiales para la Biblioteca del Comité: Videos Educativos para el Adulto Mayor, con temas referentes

en: Alimentación Saludable, Ejercicios en el Adulto Mayor, Higiene Postural, Deberes y Derechos del Adulto Mayor, Cuidado Bucal. Con el objetivo de fomentar el autocuidado e independencia de la persona, generando confianza en sí mismos.

Plan de Trabajo del Adulto Mayor

Propósito: Favorecer un Envejecimiento Activo Saludable, que se traduzca en una vida digna, plena y participativa, colaborando en el mantenimiento del adulto mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud.

Objetivo General:

Promover y asegurar la calidad de vida de los adultos mayores, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través su inserción a la comunidad como ciudadanos desde la perspectiva socio cultural, y en sus derechos a la salud.

Objetivos Específicos:

- Detener la exposición de los factores de riesgo.
- Desarrollar los factores protectores de la salud de carácter psicosocial y ambiental.
- Incentivar comportamientos y hábitos que generen estilos de vida saludables entre los miembros de una familia, así como mecanismos de prevención.

Metas:

- Desarrollar el 100% de comportamientos saludables en los miembros de la familia adscritos al programa.
- Desarrollar el 100% de entornos saludables a las familias adscritas con énfasis en la vivienda.

Organización:

Coordinador General: Médico del Puesto de Salud La Paz

Coordinación Ejecutiva: Médico del Puesto de Salud La Paz

Enfermera y Auxiliar de Enfermería

Coordinación de Apoyo: Presidente de la Junta Parroquial La Paz

Club de Madres y Promotores de Salud

Recursos Humanos: Participaran todo el personal mencionado en la organización y el cronograma de actividades.

Recursos Logísticos:

Materiales de Escritorio: cartulinas, hojas de papel bond, esféros, marcadores, cinta

Material de Difusión: Afiches, papelógrafos,

Lugar de Aplicación: Parroquia La Paz

Cronograma de Actividades:

Actividades	JN	JL	A	Responsable
Reunión con los promotores de salud para coordinación y planificación de las actividades del plan de trabajo	X			Médico Postgradista Médico Rural del P.S. La Paz Personal de Salud del Puesto de Salud La Paz
Inscripción de todos los adultos mayores de las comunidades que conformaran el Club del Adulto Mayor	X			
Campañas de Atención Integral	X	X		
Sesiones educativas sobre el Autocuidado del Adulto Mayor	X	X	X	
Sesiones educativas sobre Nutrición	X	X	X	

Análisis

Con el fin de formalizar el compromiso de participación conjunta, se firma un Acta de Compromiso del Puesto de Salud la Paz con el Comité del Adulto Mayor, tomando en cuenta la responsabilidad que tienen ambas partes para que el proyecto sea sustentable. **(Anexo 2)**

El objetivo propuesto si se lo cumple en un 100% ya que se ha creado el Club del Adulto Mayor de la Parroquia la Paz, destacando cuales son las funciones de ellos, y el plan de trabajo a realizarse conjuntamente con el Puesto de Salud logrará un compromiso y responsabilidad de su salud.

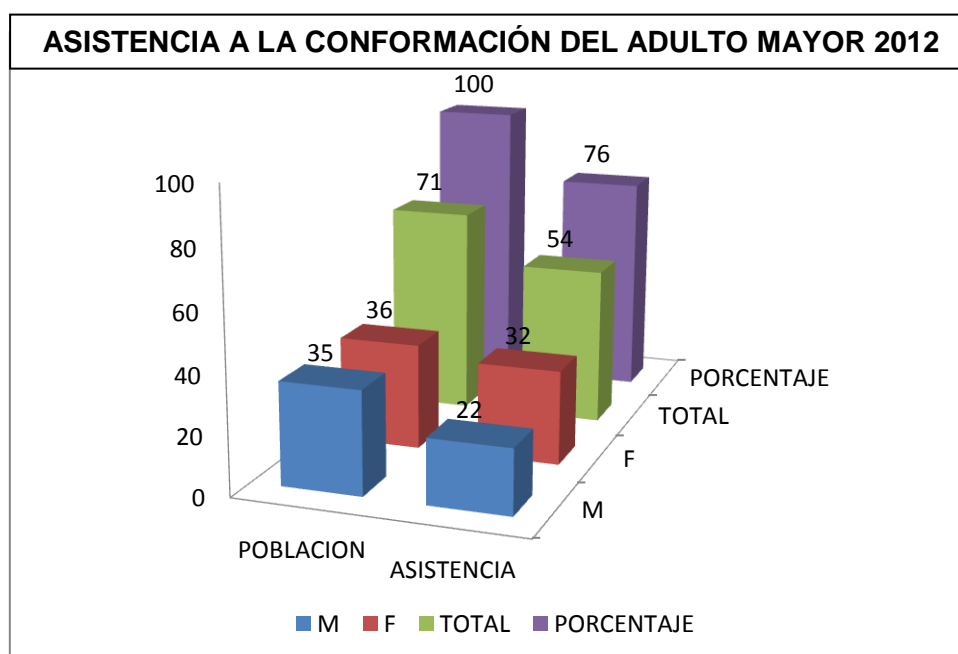
Gráfico:

ASISTENCIA A LA CONFORMACIÓN DEL ADULTO MAYOR 2012

ADULTOS MAYORES	POBLACIÓN	ASISTENCIA
MASCULINO	35	22
FEMENINO	36	32
TOTAL	71	54
PORCENTAJE	100	76

Fuente: Lista de Asistencia a la convocatoria de mayo 2011
/ Parte diario de Atención Médica del Puesto de Salud La Paz

Elaborado por: Md. Katherine Betancourt P.



Fuente: Lista de Asistencia a la convocatoria de mayo 2011
/ Parte diario de Atención Médica del Puesto de Salud La Paz

Elaborado por: Md. Katherine Betancourt P.

B. ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR

Según el perfil epidemiológico del 2010 del Puesto de salud La Paz, se han destacado 10 enfermedades recurrentes en el adulto mayor, cabe destacar que en este año la concurrencia del adulto mayor es escasa, y dentro de ellas, tenemos enfermedades crónicas, secundarias a sus hábitos exposicionales y nocivos, también influyen las condiciones nutricionales. Diabetes Mellitus, Dorsalgias, infecciones respiratorias

agudas y crónicas reagudizadas, que su malestar es su principal motivo de acudir al consultorio.

Los hábitos exposicionales son muy importantes dentro de la historia clínica, debido que en un área rural, los servicios básicos no son accesibles para toda la población debido a la lejanía de residencia. La exposición al humo de leña y consumo de tabaco por larga data, y la clínica del paciente nos haría pensar en una neumopatía crónica como son las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, la exacerbación de la misma ocasiona tos productiva, insuficiencia respiratoria aguda o crónica reagudizada, disnea progresiva, síntomas que se pueden confundir con neumonía. Cabe recalcar que por su insuficiencia respiratoria crónica progresa a una hipertensión pulmonar, y al igual que la hipertensión arterial produce una cardiopatía hipertensiva, pero como diagnosticar si no se cuenta con los instrumentos necesarios en un puesto de salud sumado a la idiosincrasia de las personas, el traslado a otra casa de salud es aceptado y como en múltiples ocasiones presentan negativa a la misma.

Cabe recalcar que durante la realización de esta investigación, se realizó atención médica a los adultos mayores que han asistido a la convocatoria.

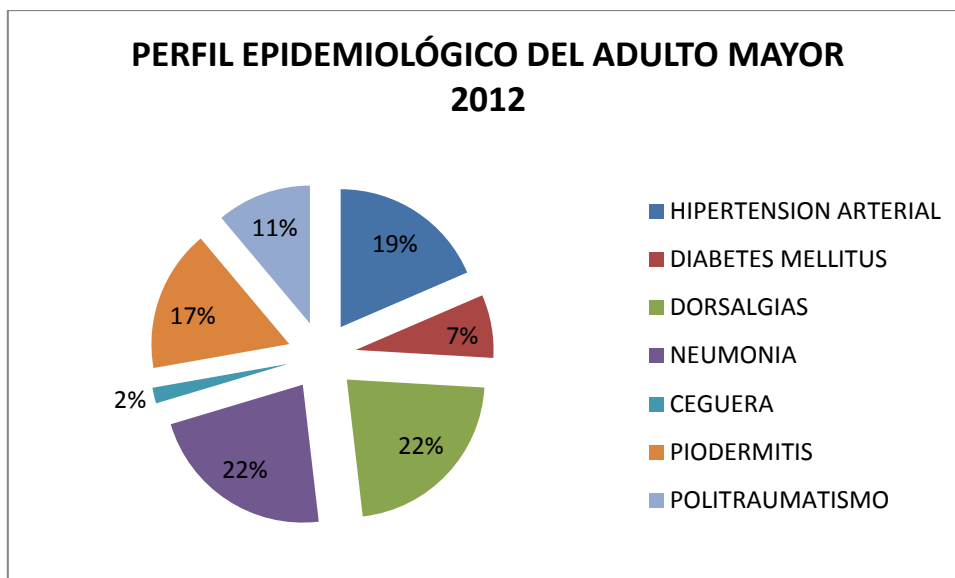
Por lo que se ha podido destacar las siguientes enfermedades:

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR 2012

ENFERMEDAD	CASOS	PORCENTAJE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	10	18.52
DIABETES MELLITUS	4	7.41
DORSALGIAS	12	22.22
NEUMONÍA	12	22.22
CEGUERA	1	1.85
PIODERMITIS	9	16.67
POLITRAUMATISMO	6	11.11
TOTAL	54	100

Fuente: Parte diario de Atención Médica del Puesto de Salud La Paz

Elaborado por: Md. Katherine Betancourt P.



Fuente: Parte diario de Atención Médica del Puesto de Salud La Paz

Elaborado por: Md. Katherine Betancourt P.

Análisis:

Dentro de la atención del adulto mayor se ha constatado que existe predominio en un 22% con neumonía y dorsalgias ocupando el primer lugar, hipertensión arterial ocupa el segundo lugar con un 19% y piodermatitis en tercer lugar, con un 17%. Por medio de acuerdo con el puesto de salud, se ha concretado continuidad de atención de los adultos mayores. Se ha logrado una atención en el adulto mayor en un 76% en la población que ha acudió al puesto de salud.

RESULTADO ESPERADO 2

2. Capacitación del Adulto Mayor sobre el autocuidado y prevención de las enfermedades en este grupo etáreo.

TALLERES DE DIFUSIÓN SOBRE:

- **CUIDADO PERSONAL, CAMBIOS FÍSICOS PROPIOS DE LA EDAD**

Este taller de capacitación tiene la finalidad que tanto el personal de salud, el adulto mayor como también los representantes de las diferentes comunidades de la Parroquia, adquieran información científica acerca del tema de Cuidado Personal y los

cambios normales y anormales que ocurren a esta edad, que sirva como base para el accionar cotidiano, donde los elementos teóricos con los elementos prácticos o de aplicabilidad de las sugerencias de autocuidado; sean una oportunidad para mejorar su salud, calidad de vida y prevenir enfermedades.

Objetivo General

- Lograr un buen autocuidado y reconocer los signos de alarma que da nuestro organismo, en la población adulta mayor adscrita a la Unidad Operativa la Paz.
- Propiciar el desarrollo y mantenimiento físico y psicológico, mediante la enseñanza de rutinas tanto psicológicas como físicas que fomenten el bienestar integral y el mantenimiento/fortalecimiento de estilos de vida saludables.

Objetivos Específicos

- Generar un espacio de independencia personal.
- Lograr responsabilidad personal sobre su organismo.
- Hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas
- Conseguir equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal
- Promover la conciencia de utilidad y autoestima
- Lograr la distensión, la relajación y el escape de tensiones frente al estrés y el cansancio de la vida moderna
- Recuperar saberes y tradiciones que potencien en el adulto mayor su percepción de autoestima.
- Prevención de problemas físicos o neutralización de las consecuencias del envejecimiento.

Metodología del taller

1. **Fase expositiva:** Mediante charla participativa se brinda información general, acerca del autocuidado y los cambios que hay en la edad adulta como también se recalcó la importancia que tiene para mantener una buena salud, mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades. Se respondieron inquietudes provenientes de los participantes.

2. **Fase Grupal:** se conformaron grupos de 4 personas, para el análisis de videos respecto al cuidado personal y la salud, y luego con preguntas se realizó un ejercicio para mejorar la comprensión del mensaje del video.
3. **Fase de Evaluación:** apoyándose en la técnica de evaluación a base de opción múltiple, se evalúa cada grupo sobre el taller de autocuidado, luego se brindó un análisis para establecer las respuestas correctas. **(Anexo 4)**

Resultados Esperados:

1. Mejorar su calidad de estima e independencia en su cuidado.
 2. Adecuado conocimiento de la importancia del autocuidado sobre la salud.
 3. Fomentar actitudes y práctica saludables que contribuyan a mejorar su salud, calidad de vida y prevención de enfermedades.
- **TALLER DE DIFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LOS ADULTOS MAYORES**

Aunque la buena nutrición no se ha demostrado que aumente la longevidad, si se sabe que hay nutrientes que nos pueden prevenir enfermedades (la sociedad Americana de Cáncer estima que hasta el 35% de todos los cánceres quizá se relacionen con la dieta) y que pueden hacernos llevar una mejor calidad de vida. Este taller de difusión de Alimentación saludable en los adultos mayores, se lo realizó con la participación activa de los adultos mayores, brindándoles información científica como también ejemplos prácticos o de aplicabilidad de las sugerencias alimenticias; fue una oportunidad para encontrar alternativas nutricionales y consensuar acuerdos que permitirán una mejor alimentación en este grupo etario.

Objetivo General

- Lograr una mejor alimentación en la población adulta mayor adscrita a la Unidad Operativa la Paz.

Objetivos Específicos

- Generar un espacio de reflexión entre los actores institucionales y los adultos mayores, mediante el intercambio de conocimientos y experiencias para encontrar alternativas nutricionales.

- Fortalecer el empoderamiento de la institución por parte de los adultos mayores.
- Definir y consensuar alternativas que permitan la aplicabilidad de una buena alimentación.

Metodología del taller

- 1. Fase expositiva:** Mediante exposición se dio una información general acerca de los alimentos que se producen en la localidad, las alternativas nutricionales que se deben tomar en cuenta debido que el mejoramiento nutricional es un factor que participa en el aumento de la esperanza de vida. La alimentación en el adulto mayor es tan importante como en las demás etapas de la vida.
- 2. Fase grupal:** se realizan grupos de cuatro personas, para que nos brinden información de los alimentos que se obtienen en la localidad.

Resultados Esperados:

1. Adecuada alimentación en este grupo etario.
2. Capacidad de elegir correctamente los alimentos saludables.

• TALLER DE DINAMIZACIÓN OCUPACIONAL

Brindar espacios de actividad física y capacitación para este segmento etáreo; y a partir de ello, entregarles herramientas que los ayuden a mantener una vida activa y saludable.

Objetivo General

- Propiciar el desarrollo de habilidades como medio para la integración social, el desarrollo psicomotriz, y la integración y trabajo en equipo

Objetivo Especifico

- Potenciar la creatividad y la capacidad artística y estética
- Favorecer la psicomotricidad y la coordinación mente-manos
- Fomentar la interrelación humana y la integración social
- Promover la integración intergeneracional
- Sostener la capacidad productiva

Metodología

1. Fase Participativa: con todos los asistentes se realizaron diferentes dinámicas que fortalezcan sus habilidades, como en lo artístico, creatividad, etc, se ejecutaron actividades en la que demostraron sus capacidades de coordinación. Las actividades previamente estudiadas y analizadas para obtener los resultados de una participación satisfactoria.

Resultados

1. Fortalecer la capacidad artística.
2. Favorecer la psicomotricidad.
3. Promover la integración entre los participantes.

AGENDA:

HORA	TEMA	MATERIALES	RESPONSABLE
7:00	Invitación a los adultos mayores al taller	Papel Sobres	MD. Katherine Betancourt P.
8:00	Bienvenida Introducción del Perfil Epidemiológico año 2010, información general del proyecto.	Diagnóstico Situacional 2010 Diapositivas Fotos Videos	MD. Katherine Betancourt P.
8:30	Taller de Autocuidado personal y cambios físicos con la edad Taller de alimentación saludable en el adulto mayor Taller de dinamización ocupacional	Diapositivas Fotos Videos	MD. Katherine Betancourt P.
10:00	Ejercicios prácticos	Dinámicas	MD. Katherine Betancourt P.
11:30	Preguntas y respuestas		MD. Katherine Betancourt P.
13:00	ALMUERZO		
14:00	Ludo - terapia	Dinámicas de Integración	MD. Katherine Betancourt P.
14:30	Despedida		

2. TALLER DE DIFUSIÓN DE DEBERES Y DERECHOS DEL ADULTO MAYOR

El proceso de envejecimiento es universal, progresivo, asincrónico e individual. Universal porque afecta a todos los seres vivos. Progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable. Asincrónico porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad. Individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales y de estilos de vida de cada individuo. El taller de difusión de Deberes y Derechos del adulto mayor, se constituyó en el espacio donde los actores participantes pudieron contrastar los elementos teóricos con los elementos prácticos o de aplicabilidad en el ejercicio de los derechos; fue una oportunidad para encontrar alternativas y consensuar acuerdos que permitirán ejercer los derechos de los adultos mayores.

Objetivo General

- Lograr el ejercicio de los deberes y derechos de la población adulta mayor adscrita a la Unidad Operativa la Paz.
- Contribuir a los procesos de fortalecimiento del tejido social rescatando el protagonismo de las personas adultos mayores y como un medio para la defensa y protección de sus derechos

Objetivos Específicos

- Generar un espacio de reflexión entre los actores institucionales y los adultos mayores, mediante el intercambio de conocimientos y experiencias en el ejercicio de los derechos.
- Definir y consensuar alternativas que permitan la aplicabilidad de los derechos de los afiliados.
- Fomentar la participación social y comunitaria mediante la enseñanza de los mecanismos de participación y características del tejido social local.
- Favorecer el bienestar y la satisfacción personal.
- Fomentar la comunicación, la amistad y las relaciones interpersonales.
- Empoderar a las personas de la tercera edad para defender sus derechos y aportar a la dinámica social local.

Metodología del taller

1. Fase expositiva: Mediante charla se dio una información general, acerca de los deberes y derechos de los adultos mayores.

En conferencia dialogada se abordó el tema de Deberes y derechos de los adultos mayores en forma general.

2. Fase Participativa: después de la charla se contestaron preguntas que realizaron los adultos mayores, acerca del tema, luego se analizó la aplicación y ejercicio de deberes y derechos, y exponer las experiencias en este campo

Resultados Esperados:

- Adecuado conocimiento de los adultos mayores sobre los Deberes y Derechos de los adultos mayores.
- Ejercicio de los Deberes y Derechos de los adultos mayores.

Participantes: Se invitaron a representantes de las diferentes comunidades, contando con la asistencia de 54 adultos mayores, acordando que luego repliquen los conocimientos al interior de sus organizaciones.

3. TALLER DE DIFUSIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

El taller de difusión de Las Normas y Protocolos de Atención Integral del Adulto Mayor, dirigido hacia este grupo etáreo, se constituyó en el espacio donde los actores participantes fueron los integrantes del club / comité de los Adultos Mayores y el equipo de salud, quienes están prestos a la colaboración conjunta para el funcionamiento y sostenibilidad del mismo, que requiere aplicabilidad de los elementos teóricos con los elementos prácticos de las normas y protocolos de atención del adulto mayor.

Objetivo General

- Lograr una adecuada colaboración por parte de los adultos mayores para un buen funcionamiento de las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor.

Objetivos Específicos

- Establecer la importancia del uso de las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor.
- Lograr un sentimiento de responsabilidad de los adultos mayores sobre su salud.

Metodología del taller

1. **Fase expositiva:** Mediante charla se dio una información general acerca de las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor y la importancia que tiene para mantener una buena salud en este grupo etario, como también se brinda información general sobre la investigación del perfil epidemiológico del año 2010 de la Parroquia La Paz, en cuyos datos se identifica la falta de atención hacia este grupo, como también se reconoce las principales causas de morbi-mortalidad de las personas atendidas en este año, además se explica los objetivos que busca alcanzar el Programa de Atención Integral del Adulto Mayor del MSP.

Resultados Esperados:

1. Adecuado conocimiento por parte de los adultos mayores sobre las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor.

Análisis

- Nuestro objetivo propuesto de capacitación ha alcanzado el 76%, ya que se ha capacitado al adulto mayor sobre cuidado personal, cambios físicos propios de la edad, alimentación saludable en los adultos mayores, dinamización ocupacional, además de los deberes y derechos que tienen los adultos mayores en la sociedad y dar a conocer del programa del adulto mayor. Se ha capacitado a 54 adultos mayores cumpliendo nuestro objetivo propuesto de la capacitación del 76% de este grupo etáreo.

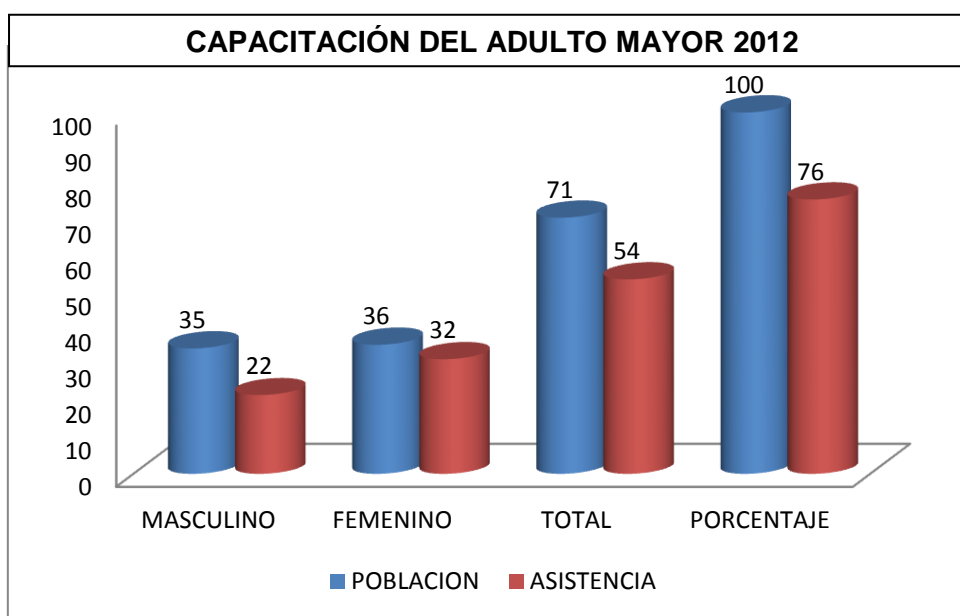
Gráfico:

CAPACITACIÓN DEL ADULTO MAYOR 2012

CAPACITACIÓN ADULTOS MAYORES	POBLACIÓN	ASISTENCIA
MASCULINO	35	22
FEMENINO	36	32
TOTAL	71	54
PORCENTAJE	100	76

Fuente: Lista de Asistencia a las Capacitaciones del Adulto Mayor de la parroquia La Paz

Elaborado por: Md. Katherine Betancourt P.



Fuente: Lista de Asistencia a las Capacitaciones del Adulto Mayor de la parroquia La Paz

Elaborado por: Md. Katherine Betancourt P.

RESULTADO ESPERADO 3

3. Capacitar al personal de salud sobre las Normas y Protocolos Atención Integral del Adulto Mayor, con énfasis en el perfil epidemiológico.

La Gestión de la Unidad Operativa La Paz, es integral pero con limitada participación de sus usuarios, careciendo de programas de capacitación sobre: alimentación saludable, cuidado personal y cambios físicos con la edad, deberes y derechos del adulto mayor, e higiene postural en nuestro organismo y participación social dirigidos a su población adscrita, como también se capacitó acerca de las Escalas Principales a evaluar en el adulto mayor como tamizaje rápido previa a la consulta médica, lo que

permitirá mejorar la calidad de las prestaciones; motivo por el cual se ha realizado como un inicio del proceso de mejoramiento de la gestión de este servicio, dos talleres que han propiciado espacios de reflexión para sensibilizar a los usuarios externos e internos sobre la importancia de su participación activa en la gestión de esta Unidad Médica.

- **TALLER DE DIFUSIÓN NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR**

El taller de difusión de Las Normas y Protocolos de Atención Integral del Adulto Mayor, se constituyó en el espacio donde los actores participantes fueron los integrantes del equipo de salud, quienes pudieron contrastar los elementos teóricos con los elementos prácticos o de aplicabilidad de las sugerencias e importancia del uso de las normas y protocolos de atención del adulto mayor, a la vez fue una oportunidad para encontrar errores en el uso de la historia clínica única para el adulto mayor, junto con los exámenes rápidos que se realizan a esta edad antes de realizar la consulta, siendo un trabajo conjunto, entre el equipo de salud.

Objetivo General

- Lograr un adecuado uso de las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor mediante el uso correcto de la historia clínica y un examen físico integral.

Objetivos Específicos

- Establecer la importancia del uso de las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor.
- Lograr responsabilidad personal de salud sobre su unidad operativa.

Metodología del taller

1. Fase expositiva: Mediante charla se dio una información general acerca de las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor y la importancia que tiene para mantener una buena salud en este grupo etario, como también se brinda

información general sobre la investigación del perfil epidemiológico del año 2010 de la Parroquia La Paz, en cuyos datos se identifica la falta de atención hacia este grupo, como también se reconoce las principales causas de morbi-mortalidad de las personas atendidas en este año, además se explica los objetivos que busca alcanzar el Programa de Atención Integral del Adulto Mayor del MSP.

En conferencia dialogada se abordó el tema del uso de las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor para beneficiar al consumidor de los servicios, se respondieron todas las inquietudes al respecto.

2. Fase grupal: Se conformaron dos grupos de 2 personas integrantes del equipo médico, para realizar de forma práctica la conformación de la historia clínica única del Adulto Mayor, se explica el uso de cada una de las Escalas de Valoración para el adulto mayor, y se expusieron las experiencias e inquietudes de cada Escala y los resultados obtenidos.

3. Fase de Evaluación: luego de la exposición y práctica del taller, se realizó una evaluación con preguntas de opción múltiple, tratando de reforzar los puntos principales del taller: Uso correcto de las normas y procedimientos de atención integral del adulto mayor. Terminada esta fase, a través de una plenaria se revisaron y se repitieron las respuestas correctas. **(Anexo 3).**

Resultados Esperados:

1. Adecuado conocimiento por parte del personal de salud sobre las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor.
2. Ejercicio y práctica de las escalas de valoración para el adulto mayor.
3. Mejorar la atención y llevar un registro adecuado de la salud del adulto mayor.

AGENDA

HORA	TEMA	MATERIALES	RESPONSABLE
8:00	Introducción del Perfil Epidemiológico año 2010, información general del proyecto.	Diapositivas Imágenes	MD. Katherine Betancourt P.

8:10	Conferencia acerca de las Normas y Protocolos de Atención Integral del Adulto Mayor	Diapositivas Libro de normas y protocolos de atención integral del adulto mayor.	MD. Katherine Betancourt P.
10:10	Preguntas	Diapositivas Marcadores Lápices Papel	MD. Katherine Betancourt P.
10:30	Ejercicios y práctica del uso de la historia clínica para el adulto mayor. Uso de las escalas de valoración para el adulto mayor.	Diapositivas Historia Clínica para el adulto mayor. Copias de Escalas de valoración	MD. Katherine Betancourt P.
11:00	BREAK		MD. Katherine Betancourt P.
11:30	Repaso general / plenaria	Diapositivas	MD. Katherine Betancourt P.
12:00	Evaluación	Papel Esferos	MD. Katherine Betancourt P.
15:00	Reforzamiento	Diapositivas	MD. Katherine Betancourt P.

Participantes: Intervino con el equipo de salud, que constan: Médico Rural, Enfermera y Auxiliar de Enfermería, acordando que luego repliquen los conocimientos al interior de sus organizaciones.

- **TALLER PRÁCTICO SOBRE EL USO DE LOS FORMULARIOS EXISTENTES DENTRO DELAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DIRIGIDO AL PERSONAL MÉDICO.**

Una vez terminada la capacitación y conversatorio del programa con la presencia de todo el personal de salud del Puesto de Salud La Paz, (médico rural, licenciada de

enfermería, auxiliar de enfermería, 3 personas); se realizó un taller practico sobre el uso de los formularios existentes dentro de las normas de atención del adulto mayor.

Objetivo General

- Lograr un adecuado uso del material (escalas de valoración) que comprende el programa del adulto mayor dentro de las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor.

Objetivos Específicos

- Establecer la importancia del uso correcto de las escalas de valoración del adulto mayor.
- Lograr mayor responsabilidad del personal de salud sobre la ejecución correcta del programa del adulto mayor.

Metodología del taller

1. Fase expositiva: Mediante charla se dio una información general acerca de las escalas de valoración que constan en las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor y la importancia que tiene para mantener una buena salud en este grupo etario, como también se brinda información general sobre la atención del adulto mayor, así también investigar el perfil epidemiológico año a año de la Parroquia La Paz, en cuyos datos se identifica las principales causas de morbi-mortalidad de las personas adultas mayores atendidas.

2. Fase grupal: Se conformó un solo grupo siendo los integrantes el equipo médico, para realizar de forma practica el uso de la historia clínica única del Adulto Mayor, el uso de cada una de las Escalas de Valoración para el adulto mayor.

3. Fase de Evaluación: luego de la exposición y práctica del taller, se realizó una evaluación práctica con el uso de la historia clínica y las escalas de valoración a cada uno de los integrantes del grupo, a través de una plenaria se revisaron los errores que existieron y se corrigieron los mismos.

Resultados Esperados:

1. Adecuado conocimiento por parte del personal de salud sobre el uso de la historia clínica y las escalas de valoración que constan en las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor.
2. Ejercicio y práctica de las escalas de valoración para el adulto mayor.
3. Mejorar la atención y llevar un registro adecuado de la salud del adulto mayor.

AGENDA

HORA	TEMA	MATERIALES	RESPONSABLE
10:00	Ejercicios y práctica del uso de la historia clínica para el adulto mayor.	Diapositivas Historia Clínica para el adulto mayor. Copias de Escalas de valoración	MD. Katherine Betancourt P.
12:00	BREAK		
14:00	Uso de las escalas de valoración para el adulto mayor.	Copias de Escalas de valoración	MD. Katherine Betancourt P.
16:00	Repaso general Evaluación Reforzamiento	Diapositivas Copias de Escalas de valoración Historia clínica Esferos Lápices Borradores	MD. Katherine Betancourt P.

Participantes: Intervino con el equipo de salud, que constan: Médico Rural, Enfermera y Auxiliar de Enfermería, acordando que luego repliquen los conocimientos al interior de sus organizaciones.

- **DOTACIÓN FÍSICA DE TEST / ESCALAS DE VALORACIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA PARA LOS ADULTOS MAYORES.**

Se dotó a la unidad operativa, las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor (material impreso), la misma que permanecerá en la biblioteca del puesto de salud, además de escalas de valoración rápida para el adulto mayor (material impreso) y que servirá para ser utilizada por el equipo de salud en la consulta médica, siendo un trabajo conjunto entre el personal médico.

Agenda:

HORA	TEMA	RESPONSABLE
09:50	Dotación de las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor.	Md. Katherine Betancourt P.
10:00	Dotación de las escalas de valoración del adulto mayor en la consulta externa.	Md. Katherine Betancourt P.
10:10	Agradecimiento al personal de salud del puesto de salud La Paz y despedida.	Md. Katherine Betancourt P.

Análisis

El personal de la unidad operativa ha sido capacitado satisfactoriamente en un 100% del objetivo propuesto, sobre las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor, también se tocaron temas relacionados a uso correcto de las escalas de valoración que constan en el programa además se dotó de escalas de valoración, para realizar una revisión rápido del estado del adulto, facilitando y direccionando la atención médica.

Se dotó de escalas de valoración, para realizar una valoración rápida del estado del adulto, facilitando y direccionando la atención médica.

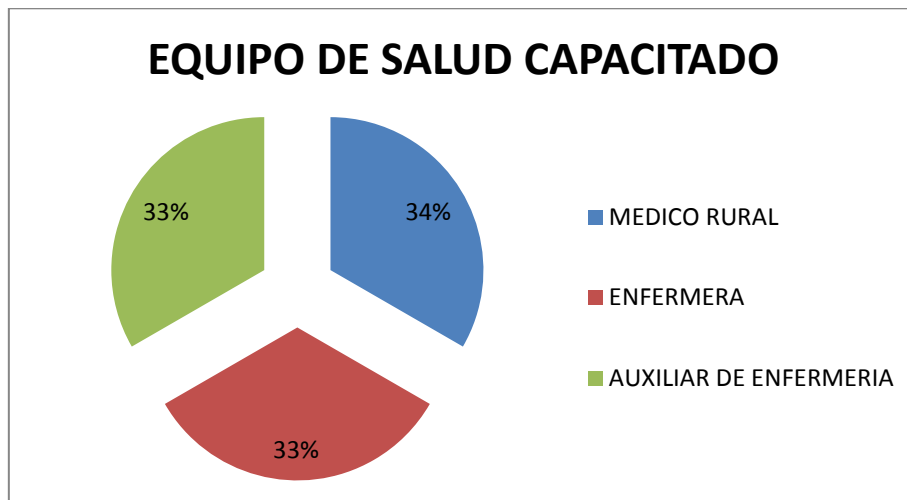
Gráfico:

EQUIPO DE SALUD CAPACITADO

PERSONAL CAPACITADO	NUMERO	PORCENTAJE
MEDICO RURAL	1	33.33
ENFERMERA	1	33.33
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	1	33.33
TOTAL	3	100

Fuente: Lista de Asistencia del Personal Médico Capacitado del Puesto de Salud La Paz

Elaborado por: Md. Katherine Betancourt P.



Fuente: Lista de Asistencia del Personal Médico Capacitado del Puesto de Salud La Paz

Elaborado por: Md. Katherine Betancourt P.

ANÁLISIS GENERAL

La promoción y prevención de salud son los principales escalones de la atención primaria ocupando un lugar dominante en la medicina. Cabe destacar que en cada etapa de la vida estos dos propósitos cambian debido que en los adultos mayores no se puede modificar la conducta sin considerar su entorno; esta promoción se manifiesta a través de acciones que directa o indirectamente promueven la salud y previenen la enfermedad.

Tomando referencia de la encuesta de salud bienestar y envejecimiento (SABE I) Ecuador 2010, refiere que: *Si bien una quinta parte de los adultos mayores vive en condiciones muy buenas o buenas, una tercera parte se encuentra en condiciones malas o indigentes, lo que indica que una proporción sustancial de adultos mayores está muy desfavorecida es decir los adultos mayores ecuatorianos viven en condiciones socioeconómicas muy variadas, pero una proporción muy importante vive en condiciones desfavorables. Mientras uno de cada cuatro adultos mayores dice que vive en condiciones buenas o muy buenas, más de cuatro de cada diez viven en condiciones regulares, y más de tres de cada diez en condiciones malas o de indigencia. (SABE I. , 2010)*

En el Plan Nacional del Adulto Mayor de Perú refiere que: Es raro encontrar un adulto mayor sano, los estudios demuestran que tienen 2 a 3 enfermedades diagnosticadas en promedio, sin embargo en todos los programas del adulto mayor, en todas las guías clínicas e incluso en el examen de medicina preventiva del adulto no aparece la palabra “sano”, sino la palabra “funcional”.

La promoción de salud involucra a tres actores: los usuarios, en este caso, los adultos mayores, los proveedores de salud y la comunidad. (Plan Nacional del Adulto Mayor, 2010)

Una estrategia que nos permitirá tener una población organizada y con el fin de formalizar el compromiso de participación conjunta, se conforma el Comité / club del Adulto Mayor, cumpliendo el objetivo propuesto en un 100% ya que se ha creado el Club del Adulto Mayor de la Parroquia la Paz, destacando cuales son las funciones de ellos, y que con el trabajo conjunto con el Puesto de Salud logrará un compromiso y responsabilidad de su salud. Además se cumple con el 76% de atención del adulto mayor, en las que se destacan enfermedades crónico degenerativas como diabetes,

hipertensión, neumonía, piodermatitis y politraumas, es importante recordar que en el Puesto de Salud no contamos con el servicio de Odontología, por lo que este servicio se difirió.

Los adultos mayores son receptivos a las actividades de promoción de la salud, porque quieren tener buena calidad de vida y ser independientes; todas las actividades de promoción dirigidas a ellos son efectivas cuando se detectan tempranamente los problemas, pero no sirven cuando hay problemas de dependencia; por esta razón se ha capacitado a 54 adultos mayores que corresponden al 76% de los adultos mayores de la parroquia La Paz que formaban parte de la muestra poblacional (71 adultos mayores), tratando temas prioritarios como: cuidado personal, cambios físicos propios de la edad, alimentación saludable en los adultos mayores, dinamización ocupacional, deberes y derechos del adulto mayor y difusión del programa de atención integral del adulto mayor, logrando nuestro objetivo propuesto de capacitación al adulto mayor en los temas indicados con anterioridad.

El Programa del Adulto Mayor en las unidades operativas de salud rurales la formación, información y capacitación del equipo médico es escaso, siendo otro de los resultados esperados, la capacitación al 100% (3 personas) del personal de salud del Puesto de Salud La Paz, sobre las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor, así como la realización de un conversatorio sobre la aplicación del programa y se dotó de escalas de valoración, para realizar una revisión rápida del estado del adulto, facilitando y direccionando la atención médica.

Todos los resultados mencionados con anterioridad contribuyen al fortalecimiento del programa de atención integral del adulto mayor, para disminuir la morbi-mortalidad de los adultos mayores de la parroquia, mediante la colaboración y conocimiento conjunto de las partes implicadas sobre las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor, que favorecerá a la a un envejecimiento saludable y digno para nuestros adultos mayores.

8. CONCLUSIONES

Una vez ejecutado el fortalecimiento del programa de atención del adulto mayor y tras haber analizado los resultados se concluye que:

- Las personas mayores tienen necesidades multidimensionales: biológicas, psicológicas, sociales y funcionales (son independientes y auto-válidos o requieren diversos grados de asistencia en la vida cotidiana), la participación de los adultos mayores como también de sus cuidadores, es de mucha importancia ya que nos permite potenciar los resultados y dar sostenibilidad al programa, por lo que se logró conformar el día 31 de mayo de 2011, el Comité/club del Adulto Mayor de la Parroquia La Paz, con el objetivo de fortalecer la integración y acción social que contribuyen a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de este grupo etario y destacando cuales son las funciones como actividades, las mismas que estarán encaminadas a estabilidad física y psicológica, para mejorar sus condiciones y calidad de vida.
- El buen funcionamiento de un programa se da a base de capacitación e información adecuada y oportuna, por lo que se ha alcanzado a instruir a los adultos mayores y al equipo médico sobre las funciones que tienen dentro de las actividades de la unidad operativa, mediante talleres y foros que fueron dictados para las personas implicadas y destacando que la participación conjunta nos lleva a un adecuado funcionamiento del programa del adulto mayor. Se tocaron temas de interés mutuo como: autocuidado y prevención de enfermedades en el que se revisaron temas sobre cuidado personal, alimentación saludable, deberes y derechos de los adultos mayores, evidenciándose interés por parte de este grupo etáreo para alcanzar una buena calidad de vida.
- La prestación de servicios por parte del personal médico de la unidad operativa son limitados ya sea por escasa capacitación o por deficiencia de los insumos, debido a estas debilidades o deficiencias en el programa se ha visto la necesidad de capacitación sobre el programa del adulto mayor en especial en las normas y protocolos de atención integral del adulto mayor, realizando talleres prácticos sobre la aplicación de los diferentes formularios que requiere

el programa como también se tocaron temas relacionados al comportamiento físico que sufren los adultos mayores al llegar esta edad, Se asume por lo tanto que la edad no es necesariamente sinónimo de enfermedad, y que determinados problemas pueden ser superados con la adecuada prevención, tratamiento y aprendizaje.

- Al realizar un análisis de los perfiles epidemiológicos de los años 2010 y 2011, se aprecia que ha aumentado significativamente la atención del adulto mayor, siendo en el 2010 un total de 54 pacientes atendidos y en el 2011, con 82 pacientes, contando con los controles por co-morbididades, lo que determina que ha aumentado la captación de la población adulta mayor, además se corrobora que la actividad del club del adulto mayor y el puesto de salud ha mejorado significativamente.
- El Área de Salud tiene la capacidad de dar sostenibilidad brindar fortaleza y vigilar el buen funcionamiento del programa del adulto mayor. Es posible su ejecución con una buena dirección o liderazgo del mismo, existiendo responsabilidades únicas dentro de una organización, además la eficiencia a nivel de la capacitación de los distintos proyectos del MSP, que forme talento humano capaz de formular, ejecutar y evaluar cada propósito, con base en una gestión interinstitucional que velen por el desarrollo de la parroquia.
- Mediante el fortalecimiento del programa del adulto mayor se logró acuerdos de trabajo conjunto entre la comunidad y el equipo de salud, para velar por el desarrollo de la salud de la población adulta mayor de la parroquia.

9. RECOMENDACIONES

- Con la población de adultos mayores existente en la Parroquia La Paz, es necesario que exista un espacio físico exclusivo para la realización de actividades físicas, manuales, lúdicas, etc. Con lo que se debería trabajar la junta parroquial junto con el Puesto de Salud para la construcción de la infraestructura, ya que se cuenta con un lote donado para este grupo etario.
- Supervisión del buen funcionamiento del programa por parte de la coordinación del área no. 1, no solo con la capacitación del personal de las unidades operativas sobre las normas de atención integral del adulto mayor y programas orientados a este grupo etáreo que maneja el MSP, si no también exigir la presentación de consolidados de captación y cobertura de servicios del adulto mayor.
- El equipo de salud debe guiar, acompañar, reforzar las prácticas de autocuidado y promover las habilidades del adulto mayor. Los resultados se miden en términos de bienestar y buena utilización de los recursos de los servicios de salud. La educación en salud es una herramienta para lograr el autocuidado y la promoción de un envejecimiento saludable.

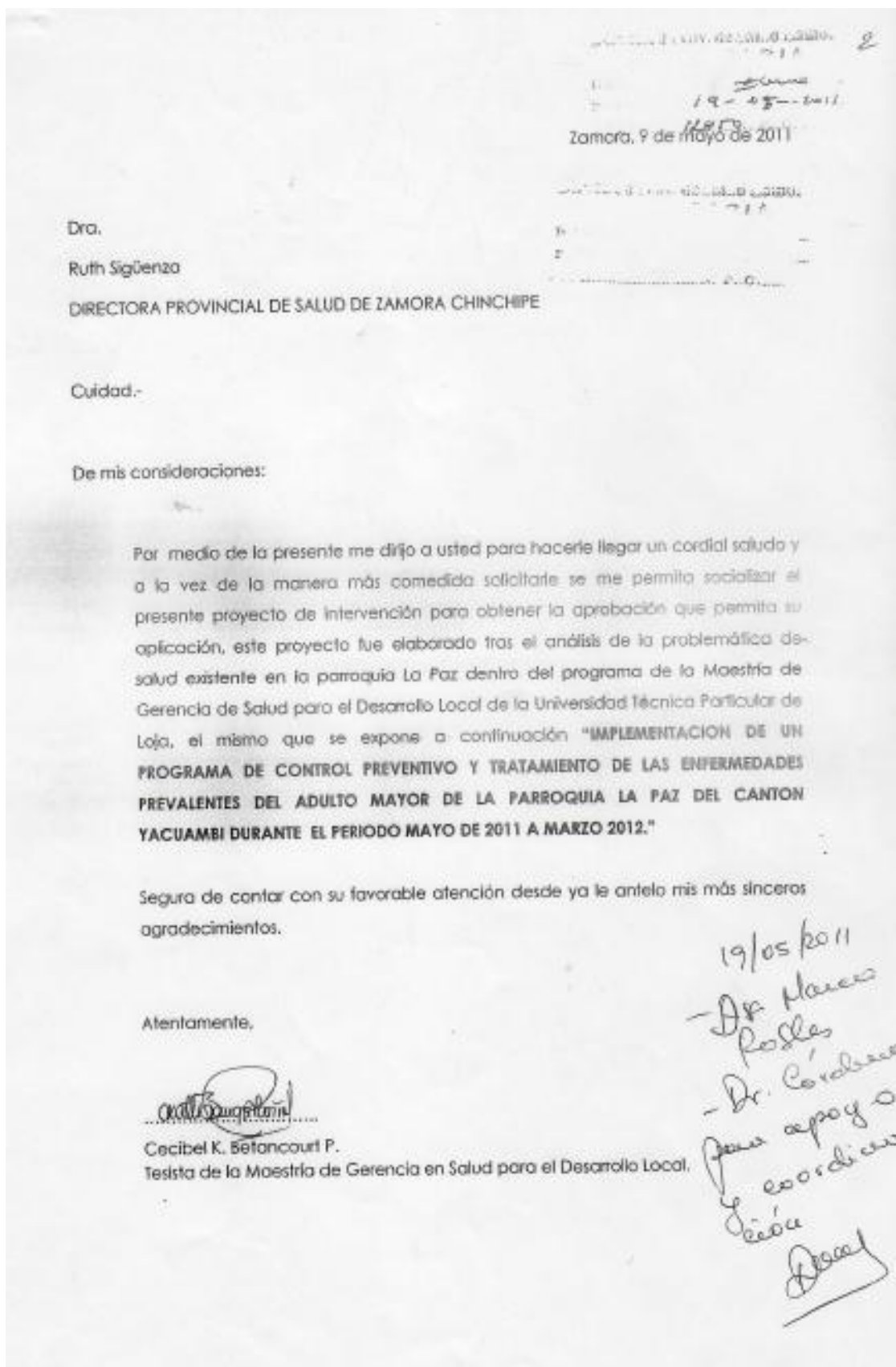
10. BIBLIOGRAFÍA

1. Ecuador. (2010). *Programa Integral de Atención al Adulto Mayor – Ministerio de Salud Pública del Ecuador.*
2. Ecuador. (2010). *Ley Reformativa a la Ley del Anciano.*
3. Ecuador. (2007-2010). *Plan Nacional de Desarrollo, Adultos Mayores.*
4. Ecuador. (2010). *Estudio sobre la Protección Social de la Tercera Edad en el Ecuador, CELADE.*
5. Ecuador, Zamora Chinchipe. (2010). *Ministerio de Salud Pública, Diagnostico Situacional Puesto de Salud La Paz.*
6. Ecuador, Zamora Chinchipe. (2011). *Ministerio de Salud Pública, Diagnostico Situacional Puesto de Salud La Paz.*
7. Ecuador. (2010). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).*
8. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. (2010). *Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor.*
9. Ecuador. (2007-2011). *Plan Nacional de Desarrollo.*
10. Ecuador. (2010). *Educación del Adulto Mayor.*
11. Ecuador. (2010). *Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento.*
12. Ecuador. (2007-2011). *Lineamientos estratégicos del MSP: Visión y Misión.*
13. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. (2007). *Plan de Atención Nacional para la atención del Adulto – Adulto Mayor.*
14. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. (2008). *Documento borrador, Modelo de Atención integral de salud, familiar, comunitario e intercultural.*
15. Perú. (2010). *Plan Nacional del Adulto Mayor.*
16. Capalbo, L. (2010). *Organizaciones comunitarias. Una expresión social de la conciencia planetaria.* Madrid.
17. Colombia. Ministerio de Protección Social. (2009). *Políticas, estrategias y líneas de acción en participación comunitaria en salud.* República de Colombia.
18. Ginebra, Organización Mundial de la Salud-OMS. (2010). *La introducción de las organizaciones comunitarias en la atención primaria.* Suiza.
19. Ginebra, Organización Mundial de la Salud-OMS. (2010). *Liderazgo, participación comunitaria y ciudadana.* Suiza
20. Ginebra, Organización Mundial de la Salud-OMS. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo, 2008*
21. Ginebra, Organización Mundial de la Salud-OMS. (2010). *La atención primaria de salud OMS. Liderazgo y Gobierno eficaz.*

22. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud–OPS. (2009). *La Participación Social en el Desarrollo de la Salud: Experiencias Latinoamericanas*.
23. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud-OPS. (2009). *Participación Social*.
24. VERA, Martha. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*.
25. O’Shea E. Universidad Nacional de Irlanda. (2003). *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*. Irlanda.
26. MORA ANTO, Adriana; CORDOBA ANDRADE, Leonor; BEDOYA URREGO, Ángela María e VERDUGO, Miguel Ángel. *Características de la calidad de vida en familias con un adulto con discapacidad intelectual (DI)/RM*. Ciudad de Cali, Colombia.
27. Ecuador, MSP/CONASA. (2006). *Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud*.
28. COLOMBIA. Cali. (2001). *Cartillas para el Manejo Ambiental Municipal con Participación Ciudadana*. Cali.
29. COLOMBIA, Cali. (2000). *Unidad de Educación Continuada de la Escuela Superior de Administración Pública. Cartilla para Veedores, Seminario de Sensibilización*. Popayán.
30. Prüss, A., Corvalán, C. (2006). *Ambientes saludables y prevención de enfermedades*. Organización Mundial de la Salud.
31. Bartle, P. (2007). *Identificar y formar a los líderes comunitarios. Colectivo de potenciación comunitaria*. Colombia.
32. Guía para dirigentes de organización de de adultos mayores, funciones y orientaciones, Gobierno de Chile, Abril, 2007.
33. Instructivo para dirigentes comunitarios, Ilustre Municipalidad de Hualaihué, 2012. (www.municipalidadhualaihue.cl/wp-content/uploads/2012/04/instructivo_dirigenres.pdf.)
34. Cuidado y autocuidado del adulto mayor, www.gerontologia.uchile.cl/docs/cuidado.htm
35. Bennett G. Ebrahim S. (1995). *The Essentials of Health Care and Old Age*. Second Edition 1995.
36. Kane R. Ouslander J. Abrass. (1994). *Essentials of Clinical Geriatrics*. Third Edition 1994.
37. CASTRO, J. JURADO, N. Situación de los ancianos en Ecuador.

38. SENPLADES (2008), Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES. Apuntes sobre la evolución demográfica. Quito.
39. RIOSECO, P. El envejecimiento poblacional desafío para Ecuador hacia el 2025.
40. Ecuador. (2008). Retos y oportunidades del liderazgo en salud.
41. Sanclemente F., Torres L., Muñoz A. Gordon J., (2009). *PERFIL DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SALUD MENTAL, SOLIDARIDAD, INTEGRACION Y CALIDAD DEL ADULTO MAYOR.*

10. ANEXOS



Zamora, 6 de mayo de 2011

Dr.

Marco Robles

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE NORMATIZACION DE LA DIRECCION PROVINCIAL DE
SALUD DE ZAMORA CHINCHIPE

Cuidad.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente me dirijo a usted para hacerle llegar un cordial saludo y a la vez de la manera más comedida solicitarle se me permita socializar el presente proyecto de intervención para obtener la aprobación que permita su aplicación; este proyecto fue elaborado tras el análisis de la problemática de salud existente en la parroquia La Paz dentro del programa de la Maestría de Gerencia de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, el mismo que se expone a continuación **"IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL PREVENTIVO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DEL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA LA PAZ DEL CANTON YACUAMBI DURANTE EL PERIODO MAYO DE 2011 A MARZO 2012."**

Segura de contar con su favorable atención desde ya le antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente,



Cecibel K. Belancourt P.

Tesista de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local.

Recibido
5/05/2011


LUNES 26 DE MAYO DE 2011

10:00 AM - 11:00 AM

Charlas Educativas con los Adultos Mayores y jóvenes

Yacuambi, 26 de mayo de 2011

Dr.
Henry Romero
PRESIDENTE DEL PATRONATO DEL ILUSTRE MUNICIPIO DE YACUAMBI
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente me dirijo a usted para hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez felicitarle por la noble y honorable labor que desempeña en favor de la ciudadanía del cantón Yacuambi.

De la manera más comedida le solicito se me permita realizar Talleres educativos sobre la importancia del auto-cuidado, la necesidad de un control médico mensual de su salud, a la vez realizar actividades físico recreativas para mejorar el bienestar del adulto mayor de la comunidad, dirigidos al Centro Gerontológico San José, que usted muy acertadamente dirige.

Segura de contar con su favorable atención desde ya le antelo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,



Dra. Katherine Betancourt Patiño

Pd. Se adjunta cronograma de actividades ha realizarse el día 30 de mayo de 2011.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MARTES 31 DE MAYO DE 2011

11:00 AM -- 12:00 AM

La Paz, 26 de mayo de 2011

Charlas Educativas con los siguientes temas a tratarse:

Fecha	Lugar	ACTIVIDADES	Materiales	Responsable	Duración
Lunes 31 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Integración del grupo por medio de juegos	Dinámicas Música Cartulinas Misceláneas Cámaras	Facilitadores responsables proyecto Mrd. Katherine Betancourt Mrd. Gloria Camón F. Mrd. Dora Camón F.	40 minutos
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Alimentación	Imágenes Prácticas	Facilitadores	40 minutos
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Cuidado Bucal	prácticas Videos Lista de asistencia	Facilitadores	40 minutos
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Sueño diario	Dispositivos Imágenes prácticas Videos Lista de	Facilitadores	40 minutos

Dra.
Silvana Cabrera
DIRECTORA DEL PUESTO DE SALUD LA PAZ
Ciudad.-


De mis consideraciones:

Por medio de la presente me dirijo a usted para hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez felicitarle por la noble y honorable labor que desempeña en favor de la ciudadanía de La Parroquia La Paz del cantón Yacuambi.

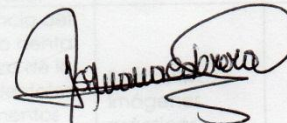
De la manera más comedida le solicito se me permita realizar Talleres educativos sobre la importancia del auto-cuidado, la necesidad de un control médico mensual, a la vez realizar actividades físico recreativas para mejorar el bienestar del adulto mayor de la comunidad.

Segura de contar con su favorable atención desde ya le antelo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,



Dra. Katherine Betancourt Patiño



Recibido.

Pd. Se adjunta cronograma de actividades ha realizarse el día 31 de mayo de 2011.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PARROQUIA DE LA PAZ DEL CANTÓN YACUAMBI

La Paz, 26 de mayo de 2011

Dra.
Silvana Cabrera
DIRECTORA DEL PUESTO DE SALUD LA PAZ
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente me dirijo a usted para hacerle llegar un cordial y afectuoso saludo y a la vez felicitarle por la noble y honorable labor que desempeña en favor de la ciudadanía de La Parroquia La Paz del cantón Yacuambi.

De la manera más comedida le solicito se me permita realizar Talleres educativos sobre la importancia del auto-cuidado, la necesidad de un control médico mensual, a la vez realizar actividades físico recreativas para mejorar el bienestar del adulto mayor de la comunidad.

Segura de contar con su favorable atención desde ya le antelo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,



Dra. Katherine Betancourt Patiño



Recibido.

Pd. Se adjunta cronograma de actividades ha realizarse el día 31 de mayo de 2011.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MARTES 31 DE MAYO DE 2011

11:00 AM -- 12:00 AM

Charlas Educativas con los siguientes temas a tratarse:

Fecha	Lugar	ACTIVIDADES	Materiales	Responsable	Duración	
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Integración del grupo por medio de juegos	Dinámicas Música Cartulinas Marcadores Esféros	Facilitadores responsables proyecto Md. Katherine Betancourt. Md. Gloria Carrión F Md. Diana Carrión F.	60 minutos	
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Autocuidado Corporal (Ejercicios Prácticos)	Importancia del autocuidado corporal Cambios de Alarma en: Piel Vista Oído	Diapositivas Imágenes prácticas Videos Lista de asistencia	Facilitadores	60 minutos
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Alimentación Saludable	Importancia de la alimentación Cuantas veces al día debe alimentarse un adulto mayor Alimentos que no debe consumir este grupo etario.	Diapositivas Imágenes prácticas Videos Lista de asistencia	Facilitadores	60 minutos
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Cuidado bucal	Importancia del cepillado dental & limpieza de las placas dentales. Que alimentos dañan los dientes Resultado de una mala higiene bucal: DESNUTRICION.	Diapositivas Imágenes prácticas Videos Lista de asistencia	Facilitadores	60 minutos
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Cuidado de los Pies	Importancia del cuidado Higiene de los pies y evitar problemas	Diapositivas Imágenes prácticas Videos Lista de asistencia	Facilitadores	60 minutos
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Sueño diario	Tiempo ideal para el descanso diario Mal dormir: cansancio:	Diapositivas Imágenes prácticas Videos Lista de	Facilitadores	60 minutos

			debilitamiento	asistencia		
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Actividades Físicas (Ejercicios Prácticos)	Importancia del ejercicio diario. Posiciones correctas e incorrectas	Diapositivas Imágenes prácticas Videos Ejercicios Prácticos Lista de asistencia	Facilitadores	60 minutos
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Cuidado general (Ejercicios Prácticos)	Como evitar enfermedades respiratorias Como evitar enfermedades de las vías respiratorias	Diapositivas Imágenes prácticas Videos Ejercicios Prácticos Lista de asistencia	Facilitadores	60 minutos
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Cuidado de las enfermedades crónicas	Hipertensión arterial Osteoporosis Diabetes Como prevenirlas?	Diapositivas Imágenes prácticas Videos Lista de asistencia	Facilitadores	60 minutos
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Evaluación de la charla Encuesta sobre la Satisfacción de las Necesidades		Encuestas Evaluaciones Hojas de papel bond Esféros	Facilitadores	20 minutos
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Break		Ágape a los adultos mayores	Facilitadores	20 minutos
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Taller de Danza Juegos/Ludoterapia Taller de Pintura		Música Dibujos Pintura Legos	Facilitadores	60 minutos
Lunes 30 de mayo de 2011	Centro Gerontológico Yacuambi	Entrega de material para uso personal de los adultos mayores del centro gerontológico para aseo y ejercicio articular de las manos. Entrega de gráficos, para el entretenimiento personal.		Toallas Material para ejercicio manual Gráficos para colorear	Facilitadores	15 minutos

Estos temas están resumidos, tomando en cuenta lo más importante y transmitirlo de la manera más práctica y sencilla, para llegar a ellos con facilidad, estos contenidos es de mucha importancia, debida que las enfermedades pueden ser prevenidas con el debido control no solo del médico sino que se los debe incluir a ellos para su propio cuidado.

Para lo cual se tramitará con el Subcentro correspondiente para que se realice un día específico para el control mensual de este grupo etario, siendo incorporados dentro del cronograma de planificación mensual de la unidad operativa. Si amerita el caso (es decir si existen adultos mayores con enfermedades crónicas) se logre planificar un control semestral con una unidad de salud de mayor nivel.

Se debe acotar que la evaluación consta de 7 preguntas, con el fin de calificar mi trabajo realizado, la encuesta de las necesidades es con la finalidad de obtener datos de las necesidades que ellos tienen y aun no se las logra satisfacer.

Atte.



Dra. Katherine Betancourt P.

ACTA DE COMPROMISO DEL PUESTO DE SALUD LA PAZ CON EL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA LA PAZ

En la parroquia LA PAZ, el día TREINTA Y UNO del mes de Mayo del año 2011 se reúnen todos los adultos mayores de las diferentes comunidades de la parroquia mencionada, y el equipo de salud de la unidad operativa, con la finalidad de participar del acto de compromiso de ambas partes mencionadas con la propósito de controlar, prevenir y tratar las enfermedades del adulto mayor, realizando actividades que nos permitan velar y ejecutar las acciones que se requieran para mejorar la condiciones de salud y de vida de la población de este grupo etario, en lo que respecta al accionar en torno a la calidad de los servicios de salud que brinda la unidad operativa de la parroquia, así como vigilar que se cumplan con las normas y procedimientos de la atención integral del adulto mayor.

El mismo que constituirá de llevar un CONTROL MENSUAL del Adulto Mayor en el Puesto de Salud La Paz, el cual será deberá definirse un día específico en el cronograma de actividades del equipo para la atención de este grupo etario; así mismo lograr detectar enfermedades prevalentes en el adulto mayor, los mismos que serán atendidos por médicos especialistas SEMESTRALMENTE tomando en cuenta que la responsabilidad de este control se realizará en una unidad de salud de mayor nivel, el cumplimiento de esta norma es del Puesto de Salud, el que quedará registrado el número de pacientes atendidos, su diagnóstico y firma del médico/licenciada responsable.

Para constancia del compromiso firman:


Dra. Silvana Cabrera
DIRECTORA DEL PS LA PAZ


Lic. Ximena Congo
ENFERMERA DEL PS LA PAZ


Dra. Delfina Paqui
AUXILIAR DE ENFERMERIA


PRESIDENTE DEL COMITÉ DEL ADULTO MAYOR
Sr. Maximiliano Amigos.



**ACTA DE CONFORMACION DEL COMITÉ DE SALUD DEL ADULTO MAYOR DE LA
PARROQUIA LA PAZ**

En la parroquia LA PAZ, el día TREINTA Y UNO del mes de Mayo del año 2011 se reúnen todos los adultos mayores de las diferentes comunidades de la parroquia mencionada, con la finalidad de ser parte del acto de conformación del comité de salud de la parroquia La Paz. El mencionado comité tiene como objetivo principal el velar y ejecutar las acciones que se requieran para mejorar la condiciones de salud y de vida de la población de este grupo etario, en lo que respecta al accionar en torno a la calidad de los servicios de salud que brinda la unidad operativa de la parroquia, así como vigilar que se cumplan con las normas y procedimientos de la atención integral del adulto mayor. El mismo que quedo conformado de la siguiente manera:

COORDINADOR: Sra. Carmen Sarango / Sr. Rosendo Ramon Teléfono men

PRESIDENTE: Maximiliano Armiños Teléfono _____

VICEPRESIDENTE: Sr. Pedro Morocho Teléfono 3036182

SECRETARIO: Sr. Manuel de Jesus Guayllas Teléfono 3036229

TESORERO: Sra. Emma Arias Riefrío Teléfono 3036035

VOCALES PRINCIPALES: 1. Sr. Julio Maldonado Teléfono 3036085

2. Sr. Francisco Guayllas Teléfono _____

3. Sra. Carmen Paqui Teléfono _____

VOCALES SUPLENTE: 1. Dra. Silvana Cabrera Teléfono 3036087

2. Lic. Margoth Congo Teléfono _____

3. Aux. Delfina Paqui Teléfono _____

Sin tener más asuntos que tratarse se clausura la presente sesión siendo las 15 horas

Para constancia de lo actuado firman:



f. Rosendo Ramon Maximiliano Armiños
COORDINADOR PRESIDENTA

f. Manuel de Jesus Guayllas
SECRETARIA

Sr. Rosendo Ramon Sr. Maximiliano Armiños Sr. Manuel Guayllas

**FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE LA
PARROQUIA LA PAZ, CANTÓN YACUAMBI, PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE, 2012**

- LISTA DE ASISTENCIA -

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	COMUNIDAD
Armijos González Marianita.	1101078283	
Ávila Gualán José	1100597077	
Pango Chalan María	1900062595	
Pango Chalan Francisca	1900064534	
Pango Chalan Manuel	1900062249	
Pango Chalan Aleguá	1900062587	
Chalan Moedina Ricarda	1101059432	
Chalan Sarango María R.	1900062231	
Espinoza González Ángel	1900060664	
González Cabrera Eufelina	1900062490	
González González Ángel	1101300059	
González González Melva	1101566873	
González González Pastor	1900063809	
Guayllas Gualán María	1900215185	
Guayllas Sarango María R.	1101434874	
Gualán Moracho José Pedro	1900765379	
Guaman Guaman María	1900144575	
Guaman Guaman María Dolores	1100592102	
Guaman María Micaela.	1900665845	

LISTA DE ASISTENCIA

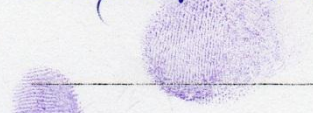
NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

Pedro Francisco Morochó Sarango
190006353-6



Delfina Medina Medina
190015827-8



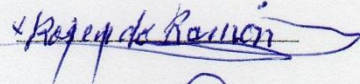
María Rosa Medina Medina
110193530-0




Manuel de Jesús Morochó Avila
190006344-5



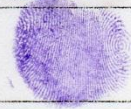
Rosendo Ramon Churi
190006190-2



Rosalino Medina Medina



Segundo Polinario Guailas





LISTA DE ASISTENCIA

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

Manuel de Jesús Gavillas
110127055-9

Manuel de Jesús Gavillas

Paqui Zhumaula María Carmen
110139110-8

Medina Medina Manuel Asunción
110256247-5

Sarango Camelia
110044118-5

Honcho Zhumaula María Ángela
110139347-6

Amigos Solano Maximiliano
190006198-5

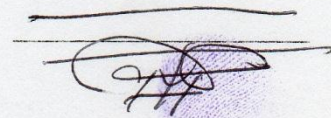
Riofrio Montado Vicenta Jacoba
1900028927

Amias Riofrio Emma Sonia
1900039239

Goylas Zhumaula Francisco
1100412418

Madonado Nora Julio Cesario
110156862-2

María Carmen Zhumaula
110129385-8



Emma Sonia

Francisco

Julio Cesario



**FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE LA
PARROQUIA LA PAZ, CANTÓN YACUAMBI, PROVINCIA DE ZAMORA CHINCHIPE, 2012**

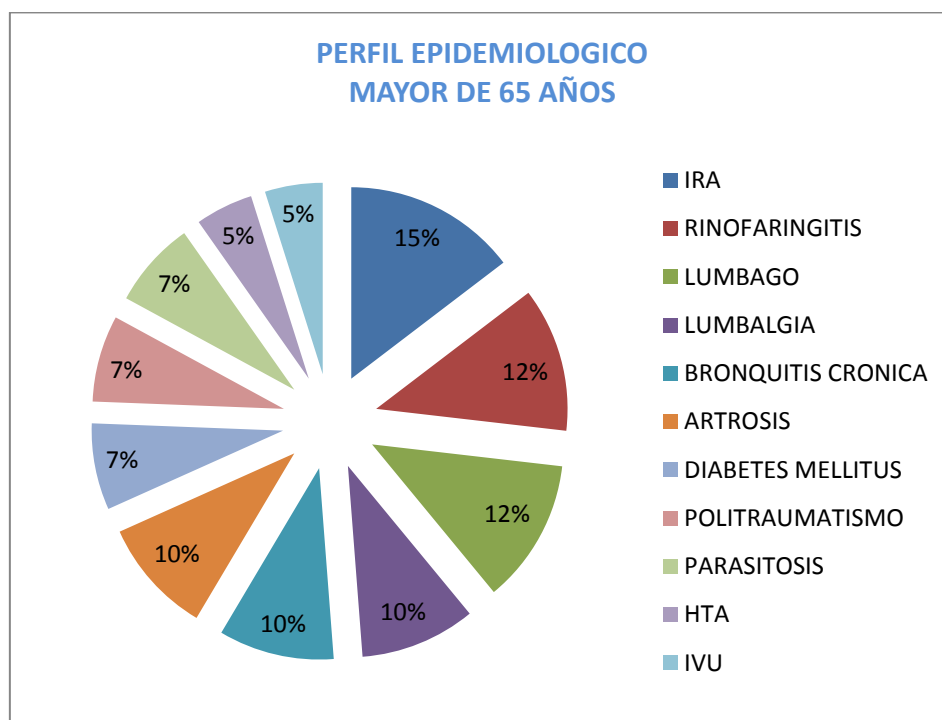
- LISTA DE ASISTENCIA A LOS TALLERES

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	OCUPACIÓN
Armijos Gonzalez Navanita	1101078283	
Avila Gualan Jose	1100597077	
Cango Chalan Maria	1900062595	
Cango Chalan Francisca	1900064534	
Cango Chalan Manuel	1900062249	
Cango Chalan Alegria	1900062537	
Chalan Medina Ricardo	1101059432	
Chalan Sarango Maria R	1900062231	
Espinosa Gonzalez Angel	1900060664	
Gonzalez Cabrera Orfelina	1900062490	
Gonzalez Gonzalez Angel	1101300059	
Gonzalez Gonzales Melva	1101566873	
Gonzalez Gonzales Pastor	1900063809	
Guailas Gualan Maria	1900215185	
Guailas Sarango Maria R	1101434874	
Gualan Morocho Jose Pedro	1900765379	
Guaman Guaman Maria	1900144575	
Guaman Guaman Ma. Dolores	1100592102	
Guaman Maria Micaela	1900669845	

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MAYORES DE 65 AÑOS
PARROQUIA LA PAZ 2010**

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO MAYOR DE 65 AÑOS			
CIE-10	ENFERMEDAD	CASOS	PORCENTAJE
J00-j06	Infecciones Respiratorias Altas	11	25.58 %
M54	Dorsalgias	9	20.93 %
M54	Artralgias	4	9.30 %
J40-j47	Infecciones Respiratorias Bajas	4	9.30 %
E10-E11	Diabetes Tipo 2	3	6.98 %
T00-T07	Policontusiones	3	6.98 %
B65-B83	Parasitosis	3	6.93 %
I10	Hipertensión Arterial	2	4.65 %
N30-N39	Infección del Tracto Urinario	2	4.65 %
N76	Infecciones Vaginales	2	4.65 %
	TOTAL	43	100 %

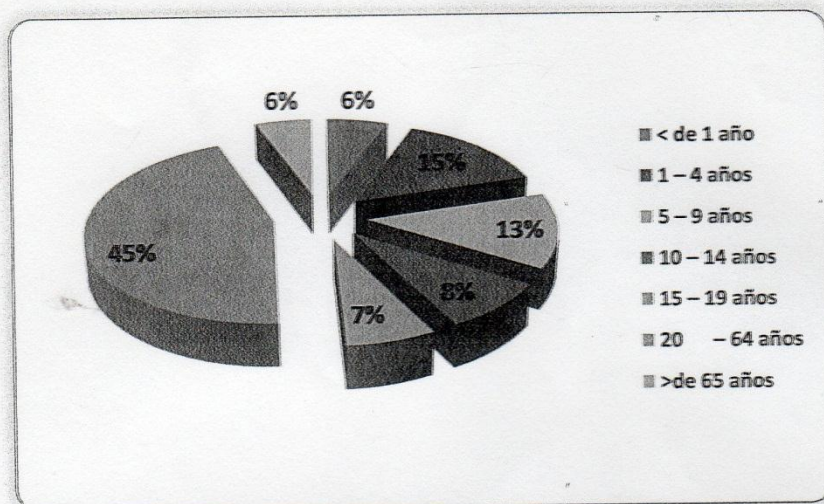
Fuente: Partes diarios y concentrados mensuales del Subcentro de Salud 2010



Fuente: Partes diarios y concentrados mensuales del Subcentro de Salud 2010

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA PARROQUIA LA PAZ 2011

10 – 14 años	125
15 – 19 años	100
20 – 64 años	663
>de 65 años	82
TOTAL	1470



Se realizan en total 1470 atenciones por morbilidad de las cuales:

- El 45% corresponde a pacientes entre 20 y 64 años de edad.
- El 15% corresponde a pacientes entre 1 y 4 años de edad.
- El 13% corresponde a pacientes entre los 5 y 9 años de edad.
- El 8% corresponde a pacientes entre los 10 y 14 años de edad.
- El 6% corresponde a pacientes entre los mayores de 65 años de edad.
- El 7% corresponde a pacientes entre los 15 y 19 años de edad.
- El 8% corresponde a pacientes entre 1 y 11 meses de edad.

RECUERDOS DE TALLERES













