



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

TEMA:

**ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL ADULTO MAYOR EN
UNA RESIDENCIA GERONTOLÓGICA DE LA CIUDAD DE
GUAYAQUIL. PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN
PRIMARIA**

AUTORA:

GUADALUPE DEL ROSARIO RUIZ CÁCERES, DRA.

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER EN
GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTOR:

Dr. FRANCISCO OBANDO FREIRE

GUAYAQUIL - ECUADOR
2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Doctora, **Ruíz Cáceres Guadalupe del Rosario**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTOR DE TESIS

Francisco Obando Freire, Dr.

REVISORAS

Ing. Elsie Zerda Barreno

CPA Laura Vera Salas

DIRECTOR DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo Maza

Guayaquil, a los 15 días del mes de julio del año 2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Sistema de Postgrado**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Dra. Guadalupe del Rosario Ruíz Cáceres

DECLARO QUE:

La Tesis **ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL ADULTO MAYOR EN UNA RESIDENCIA GERONTOLÓGICA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL. PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA** previa a la obtención del **Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la tesis del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 15 días del mes de julio del año 2015

LA AUTORA

Dra. Guadalupe del Rosario Ruíz Cáceres



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Sistema de Postgrado**

AUTORIZACIÓN

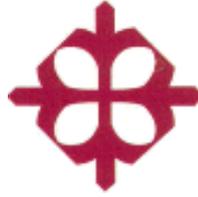
Yo, Dra. Guadalupe del Rosario Ruíz Cáceres

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución de la **Tesis de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL ADULTO MAYOR EN UNA RESIDENCIA GERONTOLÓGICA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL. PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 15 días del mes de julio del año 2015

LA AUTORA:

Dra. Guadalupe del Rosario Ruíz Cáceres



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

ANÁLISIS DE URKUND

The screenshot shows the Urkund web interface. On the left, document details are listed: Document 'Tesis de Dra. Guadalupe Ruiz C. docx (D14823054)', Submitted '2015-06-11 22:02 (-05:00)', Submitted by 'guadalupruiz@yahoo.es', Receiver 'maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com', and Message 'Tesis Final Show full message'. A yellow box indicates '4% of this approx. 33 pages long document consists of text present in 7 sources.' On the right, a 'List of sources' table is displayed:

Rank	Path/Filename
1	http://escuela.med.uncu.cl/publ/boletin/geriatria/EnsenanzaGeriatría.html
2	capitulo 2.docx
3	TESIS MONICA 1 BORRADOR.docx
4	http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/1744/1/IT-UCSG-PRE-ESP-CFI-9.pdf
5	2 Declaraciones TTA octubre.pdf
6	TESIS.docx
7	Universidad de Guayaquil trabajo de tesis de carlos b (Reparado) (Reparado).docx

At the bottom of the interface, there are navigation icons and a status bar showing '0 Warnings', 'Reset', 'Export', and 'Share' options.

UNIVERSIDAD católica de santiago de GUAYAQUIL Sistema de Postgrado

tema ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL ADULTO MAYOR EN UNA RESIDENCIA GERONTOLÓGICA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL. PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA Autora: Ruiz Cáceres, Guadalupe del Rosario, Dra. Tesis previa a la obtención del título de magister en gerencia en servicios de la salud director: Obando Freire,

69%	Active	Urkund's archive: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / 2 Declaraciones TTA octubre.pdf	69%
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL Sistema de Postgrado		UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSTGRADO MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE	
CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Doctora, Ruiz Cáceres Guadalupe del Rosario, como requerimiento parcial para la obtención del		CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Ingeniera Comercial Cinthya Tatiana Tutivén Abad, como requerimiento parcial para la obtención del	
Grado Académico de Magister		Grado Académico de Magister	

en Gerencia en Servicios de la Salud. DIRECTOR DE TESIS _____ Francisco Obando Freire, Dr.

REVISOR(ES) _____ (nombres, apellidos) _____ (nombres, apellidos) DIRECTOR DEL PROGRAMA/CARRERA _____ (nombres, apellidos) Guayaquil, a los (día) del mes de abril del año 2015 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL Sistema de Postgrado DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD Yo, Dra. Guadalupe del Rosario Ruiz Cáceres DECLARO QUE: La Tesis ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL ADULTO MAYOR EN UNA RESIDENCIA GERONTOLÓGICA DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL. PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA previa a la obtención del Grado Académico de Magister en Servicios de la Salud,

ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros

conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes,

cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi

AGRADECIMIENTO

Por este importante logro en mi carrera profesional expreso mis agradecimientos a todas las personas que me apoyaron, extendieron una palabra de aliento y estímulo, sobre todo a mi madre, padre, hermanos, esposo y mis adorados hijos.

Guadalupe

DEDICATORIA

Este trabajo es la evidencia de la fase final de un proceso que duró alrededor de dos años en que destine menos tiempo a seres a quienes amo entrañablemente como son mis hijos y esposo, por tanto se los dedico.

Guadalupe

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	3
ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	3
ESPERANZA DE VIDA EN EL MUNDO Y ECUADOR	5
HOGAR de adultos mayores en guayaquil como caso	6
FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	10
OBJETIVOS	12
General	12
Específicos.....	12
CAPÍTULO I.....	13
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	13
1.1 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	13
1.1.1 Prevención de la salud	14
1.2 Calidad de vida	16
1.2.1 Calidad de vida relacionada a la salud.....	16
1.3 MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD EN ADULTOS MAYORES	17
1.3.1 Contenidos programáticos de la atención primaria en geriatría	18
1.4 MARCO CONCEPTUAL.....	19
1.4.1 Envejecimiento y vejez	19
1.4.2 Geriatría	20
1.4.3 Gerontología:.....	21
1.5 RESUMEN DEL CAPÍTULO	21
CAPÍTULO II	22
MARCO REFERENCIAL.....	22
2.1 ESTUDIOS INTERNACIONALES	22
2.1.1 Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México (2006)	22
2.1.2 Género y pobreza: Determinantes de la salud en la vejez.....	22
2.1.3 Estudio evaluación geriátrica en la atención primaria	24
2.1.4 Hacia Una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad	25

2.1.5	Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados	27
2.2	ESTUDIOS NACIONALES	28
2.2.1	Perfil epidemiológico de adultos mayores en Ecuador	28
2.2.2	Perfil epidemiológico de adultos mayores residentes en un CAAM tipo	31
2.3	MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL	33
2.3.1	Constitución Política de la República del Ecuador	33
2.3.2	Ley Orgánica de Salud	33
2.3.3	Ley del anciano	34
2.3.4	Plan nacional del Buen Vivir	34
2.4	RESUMEN DEL CAPÍTULO	35
CAPÍTULO III		36
MARCO METODOLÓGICO Y RESULTADOS		36
3.1	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.2	Alcance de la investigación	36
3.3	Tipo de estudio	36
3.4	Método	37
3.5	Técnicas	37
3.5.1	Técnicas de recopilación de la información	37
3.5.2	Procedimientos	38
3.6	POBLACIÓN y MUESTRA	38
3.6.1	Población	38
3.6.2	Muestra	38
3.7	Idea central de la investigación	39
3.8	Variables de investigación	39
3.9	RESULTADOS Y ANÁLISIS	41
3.9.1	La población	41
3.9.2	Salud física de la población	46
3.9.3	Autosuficiencia física	53
3.9.4	Salud preventiva: Inmunizaciones	55
3.9.5	Hábitos	56
3.9.6	Consumo de medicamentos	56
3.9.7	Atención primaria de salud en CAAM tipo	57
3.10	Resumen del estudio de campo	60

CAPÍTULO IV	62
PROPUESTA.....	62
4.1 Descripción del área DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD del CAAM ..	62
4.2 Objetivos del PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	62
4.3 Componentes del servicio	63
4.4 Aspectos legales o arreglos institucionales	63
4.5 Aspectos organizacionales del servicio	64
4.5.1 Organigrama del servicio	64
4.5.2 Funciones y competencias requeridas por el talento humano de la Dirección de Salud Geriátrica.....	65
4.5.3 Vinculación del sistema de APS con otras áreas institucionales	75
4.6 Aspectos técnicos	76
4.6.1 Proceso de prestación del servicio de APS	76
4.6.2 Proceso de servicios conexos provistos por otras áreas institucionales e interinstitucionales,	78
4.7 Matriz de riesgos	79
4.8 PRESUPUESTO	79
4.8.1 Inversión inicial.....	79
4.8.2 Gasto corriente	80
4.8.3 Costo promedio del servicio.....	81
4.8.4 Cuantificación monetaria de beneficios esperados	81
4.8.5 Viabilidad de la propuesta.....	82
4.9 Evaluación del sistema de ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA ADULTOS MAYORES	84
4.9.1 Matriz de indicadores de evaluación	84
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	86
Conclusiones.....	86
Recomendaciones	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
GLOSARIO	93
APÉNDICES.....	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Países con mayor esperanza de vida, 2012	5
Tabla 1-1. Niveles de salud preventiva	14
Tabla 2-1. Ecuador: Diez principales causas de morbilidad en población adultos mayores, años 2008-2011	28
Tabla 2-2. Guayas: Diez principales causas de morbilidad en adultos mayores, años 2008-2011	28
Tabla 2-3. Ecuador: Diez principales causas de mortalidad en adultos mayores, 2008-2011	29
Tabla 2-4. Guayas: Diez principales causas de mortalidad de adultos mayores, 2008-2011	30
Tabla 3-1. Variables e indicadores	39
Tabla 3-2: Estructura de residentes por categoría de tarifas y sexo	41
Tabla 3-3: Estadígrafos de la población del CAAM	42
Tabla 3-4: servicios existentes en CAAM	56
Tabla 3-5: Observaciones a servicios de salud	58
Tabla 4-1: Componentes del servicio	62
Tabla 4-2: Diseño de puesto de director de salud geriátrica	65
Tabla 4-3: Diseño de puesto de médico clínico de salud geriátrica	66
Tabla 4-4: Diseño de puesto de Terapista ocupacional	67
Tabla 4-5: Diseño de puesto de Terapista físico	68
Tabla 4-6: Diseño de puesto de psiquiatra	68
Tabla 4-7: Diseño de puesto de psicólogo	69
Tabla 4-8: Diseño de puesto de odontólogo	71
Tabla 4-9: Diseño de puesto de gerontólogo	71
Tabla 4-10: Diseño de puesto de nutricionista	72
Tabla 4-11: Servicios conexos con atención primaria de salud	77
Tabla 4-12: Matriz de riesgo	78
Tabla 4-13: Presupuesto de inversión inicial	79
Tabla 4-14: Presupuesto de gasto corriente	79
Tabla 4-15: Costo promedio del servicio	80
Tabla 4-16: Cuantificación monetaria de beneficios	81
Tabla 4-17: Relación costo-beneficio	82
Tabla 4-18: Matriz de indicadores de evaluación	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Pirámide etaria de población mundial, censo 1990 y 2010	3
Figura 2: Porcentaje de población ecuatoriana de 65 años y más	4
Figura 3. Evolución de esperanza de vida en Ecuador, periodo 1960-2012	5
Figura 2-1. Edad de residentes del sexo masculino de CAAM, 2014	31
Figura 2-2. Edad de residentes del sexo femenino del CAAM, 2014	31
Figura 2-3. Edad por grupos etarios de residentes del sexo femenino del CAAM, 2014	32
Figura 3-1: Población del CAAM	40
Figura 3-2: Estructura de residentes por categoría de tarifas y sexo	41
Figura 3-3: Estadígrafos de edad de la población del CAAM	42
Figura 3-4: Provincia de origen de los residentes del CAAM	43
Figura 3-5: Antigüedad de residentes del hogar	43
Figura 3-6: Relación del residente con persona que lo representa	44
Figura 3-7: Escolaridad del residente del CAAM	45
Figura 3-8: Cobertura de seguridad social de residentes del CAAM	45
Figura 3-9: Residentes hipertensos del CAAM	46
Figura 3-10: Antecedentes de Diabetes Mellitus en residentes de CAAM	46
Figura 3-11: Antecedentes de infarto en residentes de CAAM	47
Figura 3-12: Antecedentes de tiroidismo en residentes de CAAM	47
Figura 3-13: Incontinencia urinaria en residentes de CAAM	48
Figura 3-14: Neoplasias malignas en residentes de CAAM	49
Figura 3-15: Problemas dentales en residentes de CAAM	49
Figura 3-16: Problemas auditivos en residentes de CAAM	50
Figura 3-17: Incidencia de pérdida de peso involuntario en residentes de CAAM	51
Figura 3-18: Problemas de la memoria en residentes de CAAM	51
Figura 3-19: Problemas para conciliar el sueño en residentes de CAAM	52
Figura 3-20: Autonomía para vestirse en residentes de CAAM	50
Figura 3-21: Autonomía física en residentes de CAAM	53
Figura 3-22: Vacunas preventivas en residentes de CAAM	54
Figura 3-23: Hábitos en residentes de CAAM	55
Figura 3-24: Consumo de número de medicamentos en residentes de CAAM	55
Figura 4-1: Organigrama propuesto de CAAM	63

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo general analizar la atención primaria del adulto mayor en una residencia gerontológica de la ciudad de Guayaquil y como parte de sus objetivos específicos el proponer un modelo de atención de servicios de salud para adultos mayores en cuanto a la organización, los servicios y el presupuesto, así como sus indicadores de evaluación. La metodología fue de estudio de caso, para ello se analizó la situación en general y de salud de los residentes en particular de un CAAM con capacidad para 350 personas de la ciudad de Guayaquil, se realizó una encuesta a una muestra representativa de la población, así como entrevistas a profesionales prestadores del servicio y observación de procesos. Las principales conclusiones fueron: **i)** existe una especialización de la medicina como es la geriatría y un importante conjunto de estudios para establecer determinantes de salud en ese momento del ciclo de vida del ser humano; **ii)** En el caso de Ecuador existe una Guía de servicios de salud primaria para adultos mayores, también una guía para la gestión de los Centros del Buen Vivir en que se considera la atención primaria de salud; **iii)** Se realizó un diagnóstico de caracterización de la población adulta mayor y del perfil epidemiológico del CAAM, en este se evidencia la situación de un centro que aunque su gestión busca mejorar cada día, los recursos pueden ser obstáculos para ofrecer prestaciones integrales de salud.

PALABRAS CLAVES: Adultos mayores, salud primaria, salud integral, salud física, salud mental

ABSTRACT

This research had as general objective to analyze the primary care of the elderly in gerontological residence of Guayaquil and as part of their specific objectives to propose a model of health care services for seniors in terms of organization, services and budget and its evaluation indicators. The methodology was a case study, for it analyzed the situation in general and the health of residents in particular a CAAM up to 350 people in the Guayaquil city, a survey was conducted on a representative sample of the population, and interviews with professional service providers and monitoring processes. The main findings were: i) there is a specialization of medicine and geriatrics as an important set of studies to establish health determinants at the time of the life cycle of human beings; ii) In the case of Ecuador, there is a guide for primary health care services for seniors, also a guide to the management of Good Living Centers is considered the primary health care; iii) a diagnosis of characterization of the older population and the epidemiological profile of CAAM was made, in this situation of a management center but looking better every day, resources can be obstacles to provide comprehensive health services is evident.

KEY WORDS: Seniors, health, integral primary health, physical health, mental health.

INTRODUCCIÓN

Algunas investigaciones empíricas sobre los determinantes de la esperanza de vida de los seres humanos concluyen que este indicador tiene una fuerte correlación con el gasto social de los países, número de médicos y número de enfermeras, pero su mayor correlación está con el ingreso per cápita (Barahona, Planck, 2011), lo que implica que en la medida que las personas mejoran sus ingresos, pueden demandar entre otras cosas los bienes y servicios que preservan y mantienen un buen estado de salud, tales como alimentos y servicios sanitarios y de salud lo que tiene como resultado que su esperanza de vida se extienda. Lo anterior es ilustrado por la Organización Mundial de la Salud que indicó:

Un niño varón nacido en el año 2012 en un país de altos ingresos vivirá hasta la edad de 76 años, número que está 16 años por encima de la esperanza de vida de otro niño varón nacido en el mismo año en un país de bajos ingresos (OMS, 2014).

Durante el periodo 1960-2012, la esperanza de vida de la población ecuatoriana creció desde 53.12 años hasta alcanzar 76.19 años, esto implica una variación de 23 años a lo largo del lapso analizado, y es resultado de los adelantos científicos, además de las mejoras de la infraestructura de saneamiento que beneficia cada vez a más ciudadanos en el País.

En términos prácticos, un incremento de la esperanza de vida significa que en este momento existen más personas mayores de 65 años viviendo, muchos de ellos realizando actividades laborales, ya que a la par que se extiende el número de años promedio de vida, algunos países han extendido el periodo de jubilación, de tal forma también se extiende el tiempo de vida productiva. La situación antes descrita genera un conjunto de desafíos a la sociedad en general y en particular al sector salud como lo es el desarrollar y aplicar servicios de salud preventivo y curativo para personas de tercera edad, donde sus afectaciones están

relacionadas con esa fase del ciclo de vida.

Este trabajo-propuesta aborda una investigación sobre la situación de salud de personas de la tercera edad en un centro de atención especializada y propone un servicio de salud primaria especializado en el grupo etario superior a 65 años. Para cumplir su objetivo el trabajo se estructuró en cuatro capítulos, el primero relacionado marco teórico conceptual; el segundo capítulo aborda el marco referencial donde se incluyen estudios previos internacionales, nacionales y locales; el tercer capítulo es un análisis de los resultados de la investigación documental y de campo. El cuarto capítulo presenta la propuesta orientada a fortalecer el área atención primaria de salud y dotarla de integralidad tanto en los servicios así como en los niveles y categorías de atención. Adicionalmente, se incluyen las conclusiones y recomendaciones.

ANTECEDENTES

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Datos de la OMS (2014) indican que al año 2050 la población mayor de 60 años en el mundo será de 2.000 millones, alrededor de un 22% del total mundial; 80% de esta población vivirán en países de ingresos medios y bajos.

Cabe destacar que una de las tendencias es el crecimiento de la expectativa de vida de la población, ello conlleva que existan de manera gradual una mayor cantidad de habitantes adultos mayores, mismos que demandarán cuidados especializados de profesionales, sobre todo si se analiza junto con la tendencia de que las familias cada vez son de menor número de miembros y el área de la vivienda es cada vez más reducido, lo que conlleva que también crezca la oferta de hogares especializados para personas mayores.

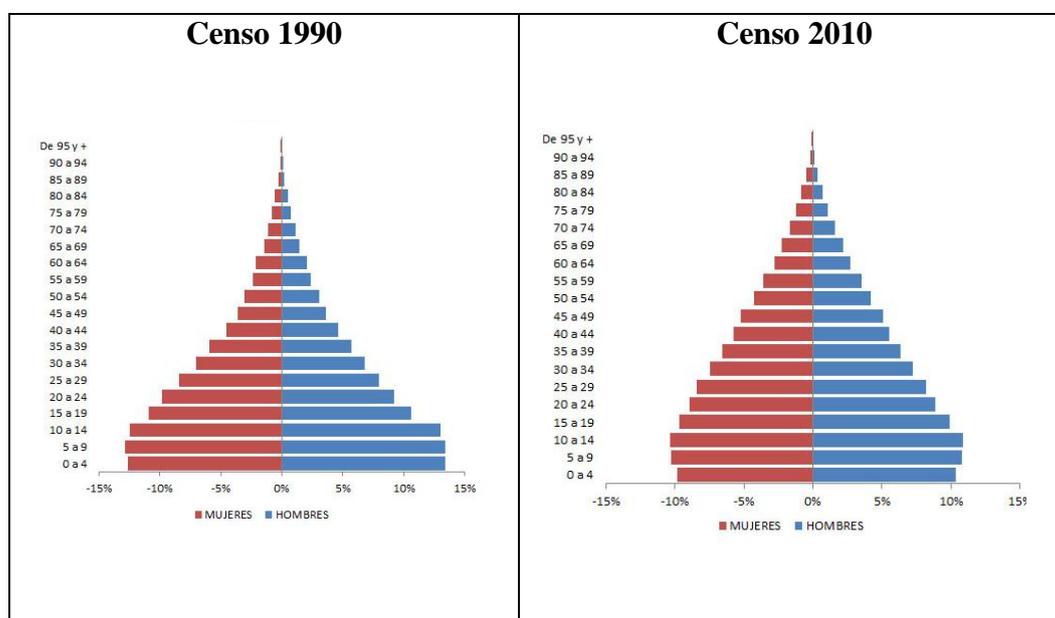


Figura 1
Pirámide etaria de población mundial, censo 1990 y 2010

Fuente: Tomado de SIISE. 2013

En Ecuador, la dinámica demográfica ha tenido algunos cambios significativos en los últimos 25 años como parte del proceso de modernización. Uno de estos y que compete al

objeto de investigación es que la pirámide de población tuvo una variación estructural (Figura 1), esto es, se estrechó en su base y se ensancho ligeramente en los últimos siete segmentos de su cúspide, esto es, la población mayor de 65 años pasó de ser el 4.2% en 1990 al 6.5% en el 2010. Estimaciones sobre proyecciones de la población al año 2020 en Ecuador indican que los adultos mayores serán el 7.5% en el País y 7.2% en la provincia del Guayas.

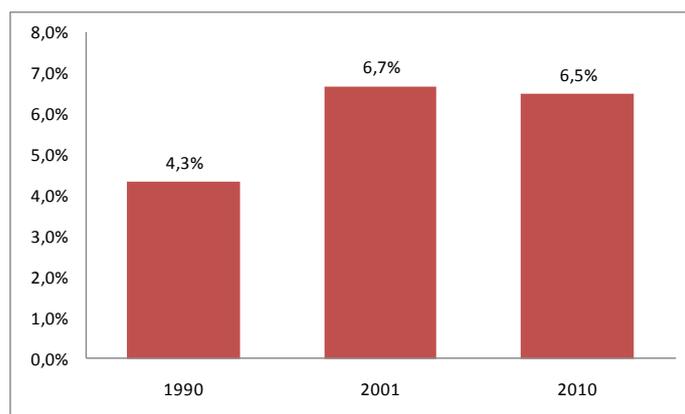


Figura 2
Porcentaje de población ecuatoriana de 65 años y más

Fuente: Tomado de Censos nacionales (INEC)

Al igual que la tendencia global, la figura 2 muestra que en Ecuador la población de 65 años en adelante, tiende a subir en participación poblacional; en el País, cifras del Censo de 1990 indicaron que este grupo etario constituía el 4.3% de la población, en el año 2001 ascendió al 6.7% y en el año 2010 descendió ligeramente al 6.5%, descenso que antes que un cambio en las dinámicas demográficas de mortalidad y esperanza de vida puede deberse al fenómeno de emigración registrado entre los años 2000-2003 (INEC, 2010). Estos cambios en la pirámide de población es resultado de la disminución de indicadores de morbilidad y mortalidad, incremento de esperanza de vida y descenso de la tasa global de fecundidad.

El crecimiento de la población mayor a 65 años demanda un mejoramiento de los servicios especializados a este segmento etario, tales como cuidados de salud, atención

especializada debido a que sobre en muchos casos existe una menor autonomía de movilidad; por lo que en esta etapa sino se contempla estos requerimientos particulares existirá una merma de la calidad de vida.

ESPERANZA DE VIDA EN EL MUNDO Y ECUADOR

Tabla 1
Países con mayor esperanza de vida, 2012

País	Hombres	Mujeres
Islandia	81,20	Japón 87,00
Suiza	80,70	España 85,10
Australia	80,50	Suiza 85,10
Israel	80,20	Singapur 85,10
Singapur	80,20	Italia 85,00
Nueva Zeland	80,20	Francia 84,90
Italia	80,20	Australia 84,60
Japón	80,00	República de ' 84,60
Suecia	80,00	Luzemburgo 84,10
Luzemburgo	79,70	Portugal 84,00
Ecuador		
Ecuador	73,38	Ecuador 79,15

Fuente: OMS, 2014; para datos de Ecuador SIISE, 2013

Los avances mundiales en aspectos sanitarios se evidencian entre otros indicadores (Tabla 1), en los cambios en la esperanza de vida de la población, al año 2012, la mayor esperanza para hombres la tiene Islandia con 81.20 años y para mujeres la tiene Japón con 87 años (OMS, 2014). Ecuador aunque ha realizado importantes avances tiene una esperanza de vida de 73.38 años para hombres y de 79.19 años para mujeres (SIISE, 2013).

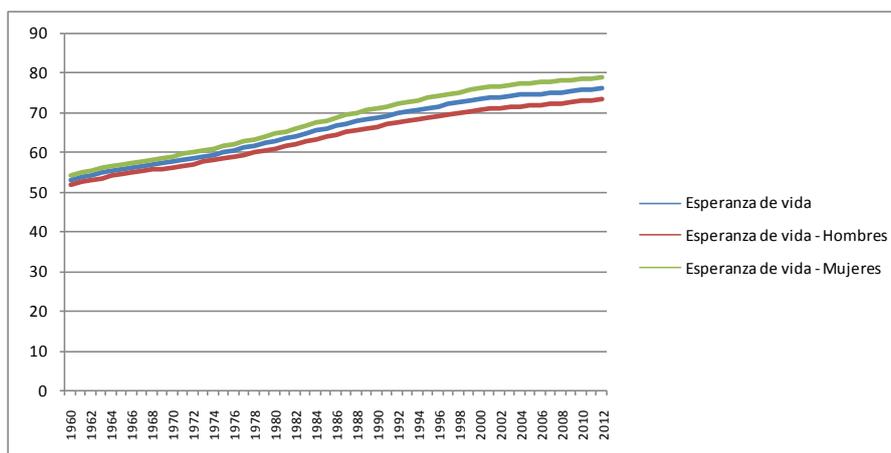


Figura 3.
Evolución de esperanza de vida en Ecuador, periodo 1960-2012

Fuente: Tomado de Datosmacro.com

En Ecuador, las diferentes mejoras de los aspectos sanitarios y de calidad de vida en general han dado como resultado (Figura 3) que la esperanza de vida de la población que en el año 1960 fue de 53.12 años, en el año 2012 ascendió a 76.19 años, que son 23.07 años adicionales, figura en el puesto 52 en el ranking mundial (OMS, 2014).

HOGAR DE ADULTOS MAYORES EN GUAYAQUIL COMO CASO

El Hogar es una entidad relacionado con la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil una de las entidades insignes en la construcción de la Salud Pública del Ecuador y servicios de apoyo con el 9.64% de la oferta por número de camas del país y 32.9 % en Guayas (INEC, 2011).

Las dependencias de la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil son: Hospital Luis Vernaza, Hospital Enrique C. Sotomayor, Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert, Instituto de Neurociencias, Hogar del Corazón de Jesús, Asilo del Bien Público, Unidades Educativas (4), Cementerio General, Pantaleón Metropolitano y Lotería Nacional (H. Junta de Beneficencia de Guayaquil, 2014).

El Hogar analizado tiene una antigüedad de más de 100 años (1892), ubicado en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, ha mantenido un constante crecimiento, actualmente su

capacidad es de 335 camas (Hogar Corazón de Jesús, 2012) para albergar a hombres y mujeres de la tercera edad; la ocupación es alrededor del 97% esto es aproximadamente 325 residentes, los servicios que ofrece son los siguientes:

- Terapia Recreativa y Ocupacional,
- Terapia Física,
- Atención en salud: Psiquiátrica, geriátrica, medicina Interna, Dermatología, Odontología, se incluye sala de observación.
- Servicio de Farmacia
- Sala Profundis
- Capilla
- Cuidado personal (Gabinete de belleza).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen cuatro tendencias que convergen en una situación particular, la primera es el incremento de la expectativa de vida de la población que crece constantemente, en segundo lugar está la urbanización de la población mundial donde cada vez la participación de la población urbana es superior a la rural, en tercer lugar está la gradual disminución del número promedio de miembros de un hogar y en cuarto lugar la disminución del área de la vivienda; todo lo anterior indicado da como resultado que crezca de manera permanente el número absoluto y relativo de adultos mayores en las ciudades y que las familias estén en menores posibilidades de prodigarles un cuidado adecuado considerando que este grupo etario tiene una mayor vulnerabilidad en su salud. Lo anterior conlleva a que el incremento de oferta de servicios de residencia a adultos mayores crezca permanentemente y que esto esté aparejado

en una profundización de la atención primaria de salud.

En lo que respecta al servicio de salud Primaria, un estado de salud aceptable para un adulto mayor está en función de la atención integral y el seguimiento permanente que se realice. Se perciben algunas deficiencias en sus cuatro ejes que son: **i)** Valoración Geriátrica Integral, **ii)** Seguimiento de las Actividades Preventivas en el Adulto Mayor; **iii)** Gestión de apoyo médico, **iv)** Distribución adecuada del espacio dedicado al servicio de salud primaria.

Con respecto a la Valoración Geriátrica Integral, al momento se estima que un importante porcentaje de los residentes no tienen historia clínica o están desactualizadas; es necesaria la aplicación de un sistema especial de valoración por la alta prevalencia en el anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas que se escapan a la valoración clínica tradicional.

Sobre el seguimiento de las Actividades Preventivas en el Adulto Mayor, actualmente no existe este proceso porque acuden a la consulta solo en caso de alguna emergencia, se debe evaluar periódicamente los criterios de riesgo del anciano para hacer prevención.

En aspectos de la gestión de apoyo médico, se percibe que no existe un sistema para solventar esta necesidad que tiene que ver con la relación de servicios de salud para residentes del hogar que deberían realizarse en otros centros de servicios de apoyo de la Junta, tales como exámenes de laboratorio, imágenes, especialistas, farmacia, etc.

En cuanto a la distribución del espacio donde se prestan los servicios de salud del Hogar, estos requieren una revisión y reestructuración para que se adapten a una moderna, eficiente y eficaz prestación de salud para adultos mayores residentes.

Por la problemática citada, el objeto de investigación es establecer los procesos adecuados orientados a garantizar calidad y calidez de en la atención primaria de salud para adultos

mayores en condiciones de eficiencia y eficacia.

FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de la valoración geriátrica integral, seguimiento de actividades preventivas, gestión de apoyo de servicios complementarios y adecuada distribución del espacio en la atención primaria del adulto mayor en una residencia gerontológica de la ciudad de Guayaquil?

La sistematización del problema se lo presenta a continuación:

- ¿Cuáles son los referentes teóricos que sustentan la atención primaria de salud de adultos mayores?
- ¿Cuáles son los principales referentes metodológicos acerca de la atención primaria del Adulto mayor?
- ¿Cuál es el cuadro clínico de salud del adulto mayor residente en un CAAM de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Qué características debería tener un sistema de atención primaria de salud para adultos mayores en un CAAM de Guayaquil?

JUSTIFICACIÓN

La identificación como adulto mayor implica una diferenciación del adulto, por el incremento de la vulnerabilidad del ser humano cuando pasa de la mediana edad y donde se generan cambios en la homeostasis y afectación a la vitalidad por efectos de la disminución del 25 al 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano.

En este grupo etario las primeras manifestaciones de enfermedad se producen a través de alteraciones de la funcionalidad (Ministerio de Salud Pública, 2010). El informe del Estado de Salud de Adultos Mayores en América Latina (Jewell, et al. 2007) concluye que las condiciones de vida durante los primeros años del individuo, son determinantes de su estado de salud en edades avanzadas.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 940.905 ciudadanos/as ecuatorianos equivalentes al 6,5% de la población tenían edades de 65 años en adelante (INEC, 2010), una de las tendencias muy marcadas de los últimos cincuenta años en el mundo en general y en Ecuador en particular es la extensión de la esperanza de vida, esto implica que cada año se modificará la estructura etaria de la población a favor de los adultos mayores; por tanto constituyen una población significativa, misma que debe tener servicios especializados y de calidad, más aún cuando se trata de la salud.

Desde lo teórico se justifica ya que el proyecto implica en la observación de un conjunto de teorías y conceptos relacionados con la tercera edad y los servicios de salud que deberán redundar en un servicio de alta calidad, se hará énfasis en las líneas de base requeridas para el diseño de servicios de atención primaria al adulto mayor en todos sus componentes.

La Constitución Política de la República del Ecuador indica que la atención integral de

salud a grupos vulnerables es por una parte una obligación del Estado Ecuatoriano y por otra parte es un derecho de la población, como tal el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 establece que una de las políticas y ejes estratégicos de la agenda social del Ecuador es aportar a mejorar la calidad del vida de la población mayor de 65 años por medio de una atención integral de salud de alta calidad (SENPLADES, 2013) .

Desde el enfoque legal se justifica ya que la Ley del Anciano indica en su séptimo Artículo que indicó que tanto las instituciones públicas como privadas deben contar con atención geriátrica-gerontológica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías de los adultos mayores. Por lo anterior, el ofrecer un servicio de salud primaria permanente, sostenido y de alta calidad a los adultos mayores del CAAM debería constituir una de las prioridades que oriente la re-creación del sistema existente.

Desde lo operativo, el reto es aportar al sistema de salud y de cuidado de adultos mayores un sistema que se complemente con los servicios adicionales que brinda el CAAM a los residentes, mismo que puede ser un referente para otras entidades con similares características.

OBJETIVOS

GENERAL

Analizar la incidencia de la valoración geriátrica, seguimiento de actividades preventivas, gestión de apoyo de servicios complementarios y adecuada distribución del espacio en la salud del adulto mayor en una residencia gerontológica de la ciudad de Guayaquil.

ESPECÍFICOS

- Analizar los referentes teóricos de la incidencia de la valoración geriátrica, seguimiento de actividades preventivas, gestión de apoyo de servicios complementarios y adecuada distribución del espacio en la atención primaria en salud en el adulto mayor.
- Diagnosticar la situación actual de la Atención Primaria en Salud del Adulto Mayor en un CAAM de la ciudad de Guayaquil.
- Determinar los referentes metodológicos referenciales acerca de la Atención Primaria del Adulto Mayor en CAAM.
- Diseñar los componentes del modelo de gestión de un Sistema de Atención Primaria de Salud para un CAAM con capacidad para 350 residentes.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

En el ámbito técnico, la investigación se basará en conceptos relacionados con la salud en general, salud primaria, envejecimiento, vejez, gerontología y geriatría. Este marco teórico permitirá el análisis del contenido de la investigación, a la vez que identificar las variables investigadas.

1.1 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La atención primaria de salud es el núcleo del sistema de salud de una sociedad que salvaguarda el capital humano como es la salud del individuo, por tanto es parte integral del desarrollo socio-económico de la comunidad, la OMS (2014) la define como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

En cuanto a salud primaria y población adulta mayor, es una de las bases para que estas propendan o acercar a la realidad que la población que rebasó los 65 años de vida tengan una mejor calidad de vida. Por ello un sistema de estos debe tener principios y valores, todos enfocados en calidad, eficiencia, eficacia, calidez, equidad; mismos que deben ser transversales y evidenciarse en los procesos y cobertura en cuanto a su extensión, así como a su profundidad.

En su marco conceptual, el Manual del modelo de atención integral de salud familiar-comunitario (MAIS-FC) indica que su sistema de salud se orienta en la trilogía: construcción, cuidado y recuperación. La primera indica que la salud no es un hecho fortuito sino un

proceso de construcción permanente, segundo que el cuidado es la base de esa construcción y en caso de existir un desequilibrio se aplicará la recuperación de la salud. Así mismo la salud no es unilateral sino multidimensional e involucra la biológica, mental, espiritual, psicológica y social (MSP, 2012, p.40)

Según Piedrolo (citado en Altarriba, 1992), los instrumentos preventivos para adultos mayores son los siguientes:

Política decidida, comprometida e interdisciplinar de potenciación de la salud, Mejorar en lo posible el saneamiento ambiental, estudios sistemáticos epidemiológicos, protección e higiene no específica, protección e higiene específica, controles normalizados y periódicos de salud, potenciación de las técnicas de diagnóstico y terapéutica precoz, Concienciación y pedagogía social del bien el valor salud, tener en cuenta siempre la posibilidad de intervención rehabilitadora, multicausal y pluridisciplinar, así como valorar el poder positivo o negativo del entorno, elaborando técnicas eficaces de intervención en él.

1.1.1 Prevención de la salud

La acción preventiva de la salud se centra en enfermedades y traumatismos específicos y a menudo depende en mayor medida de las intervenciones directas de los profesionales de salud (Jenkins, 2005). Para esto se requiere un cambio en los patrones culturales, pues supone acceder a servicios de salud antes que se tengan síntomas de enfermedad. La prevención de la salud tiene tres niveles (Tabla 1-1), estos son: primario, secundario y terciario, según las siguientes características de cada uno de ellos:

Tabla 1-1
Niveles de salud preventiva

Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
<p>En esta fase se busca que la enfermedad no ocurra o que el traumatismo no se produzca, por ejemplo la vacunación, reducción de peligros domiciliarios. La meta consiste en llegar a la mayor cantidad posible de grupos de población que corren o podrían correr el riesgo de sufrir un problema de salud determinado (Jenkins, 2005).</p>	<p>Se orienta a la detección y a la intervención precoces frente a las enfermedades, antes de que estas se hayan desarrollado por completo (Jenkins, 2005).</p>	<p>Entra en acción cuando ya ha ocurrido la enfermedad o la lesión. No solo busca evitar el deterioro y las complicaciones de una u otra sino que también intenta rehabilitar al paciente de manera que recupere plenamente la mayor parte posible de sus funciones físicas, mentales y sociales. Es un trabajo que se concentra en los profesionales de salud (Jenkins, 2005).</p>

Fuente: tomado de Jenkins, 2005. p. 8

En el nivel de prevención primaria se busca evitar que la persona sea afectada por algún evento que atente contra su salud, sean estos de tipo patológico y de accidentes; en esta fase las vacunas constituyen una herramienta altamente utilizada. Otro aspecto es el control para identificar dislipidemias, riesgo cardiovascular o hipertensión arterial en sujetos sanos.

La prevención secundaria se realiza una vez que está detectada la enfermedad pero aún no presenta sintomatología, en esta fase se aplica el tratamiento precoz de la afectación clínica; en esta fase se tratan aquellas enfermedades cuyas causas se ignoran tales como el cáncer.

En la fase de prevención terciaria ya existe la enfermedad y sus manifestaciones, pero se busca mitigar el impacto, en esta fase está la rehabilitación post infarto o de accidente cerebro vascular, así como el entrenamiento para niños y niñas con síndrome de Down.

1.2 CALIDAD DE VIDA

El concepto calidad de vida es de compleja definición ya que se refiere a un conjunto múltiple de factores. Una definición de la OMS se inserta a continuación:

Calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus temas, expectativas, normas y preocupaciones. El concepto engloba la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y relación con las características sobresalientes del entorno (Duran, Salinas, & Gallegos, 2014).

1.2.1 Calidad de vida relacionada a la salud

El concepto calidad de vida es sumamente amplio y abarca todas las dimensiones del ser humano, por lo que una definición del término acotado a la salud y es un indicador para evaluar el resultado de intervenciones y programa de atención a la salud es el siguiente:

Se refiere a las dimensiones física, psicológica y social de la salud, la cual puede ser influida por las experiencias de la persona, sus creencias, sus expectativas y percepciones; es multidimensional y abarca el buen funcionamiento, adecuada existencia psicosocial y de roles, además de percepciones sobre el estado de salud (Duran, Salinas, & Gallegos, 2014).

La calidad de la atención en salud que se brinde es de vital importancia en la calidad de vida que tengan los adultos mayores, Donabedian definió la atención de alta calidad como sigue:

Calidad de atención en salud es aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes. En el tratamiento de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos (Brook RH, 2000).

1.3 MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD EN ADULTOS MAYORES

El modelo al promover, conservar, recuperar la salud de la población ecuatoriana, toma en cuenta a las personas adultas mayores, como sujetos de derechos (dadas las condiciones limitadas de accesibilidad física, económica, cultural y social a los servicios de salud y sociales).

Este modelo considera al individuo, la familia y comunidad como el centro de su accionar y busca mejorar la calidad de vida, tiene estrecha relación con el *buen vivir*, de acuerdo al Art 14 de la Constitución que, en el caso concreto de las adultos mayores que en muchas ocasiones es una población marginada, ayuda y propicia la atención y cuidados continuos que necesita, adaptando el sistema a las necesidades del adulto mayor, a través de la coordinación entre los diferentes niveles, para devolver la independencia física, mental y social que en algún momento pueden haberla perdido (Ministerio de Salud Pública, 2010).

Con la aplicación del modelo se pretende que la asistencia sea continua, progresiva y equitativa a las personas adultas mayores independientes y autónomas, así como en episodios

agudos, el seguimiento en la rehabilitación para prevenir complicaciones que le pueden llevar a la dependencia.

1.3.1 Contenidos programáticos de la atención primaria en geriatría

Según Yalile (incluido en Morales, 2001), un sistema de atención primaria en geriatría debería tener las siguientes áreas de atención:

- Programa de prevención, control y rehabilitación de enfermedades cardiovasculares, degenerativas y cáncer
- Alimentación y nutrición
- Inmunizaciones
- Salud mental

La importancia de disponer de estos componentes tiene su explicación como se detalla a continuación:

Programa de prevención, control y rehabilitación de enfermedades cardiovasculares, degenerativas y cáncer. Sobre todo en el país que las enfermedades degenerativas están entre las diez principales causas de morbi-mortalidad, entre ellas se listan la hipertensión arterial, diabetes, osteoartritis, osteoporosis.

Alimentación y nutrición. El estado del cuerpo en la fase de adulto mayor requiere un cambio de forma y fondo en cuanto a los hábitos alimenticios, tales como la cantidad de ingesta de alimentos y la calidad de esta que debe ajustarse a los cambios fisiológicos de esta etapa de vida.

Inmunizaciones. La política de salud nacional establece un esquema de inmunizaciones para la población; en esta la aplicación a adultos mayores permite que estos no sean afectados

por enfermedades tales como influenza y neumococo, mucho más en aquellos con perfil epidemiológico de mayor riesgo.

Salud mental. Depresión y demencia pueden ser bastante frecuentes en personas con edad avanzada. Para esto se puede realizar un plan de charlas, capacitación y talleres para prevenir y mitigar los impactos en el individuo y la familia.

Salud dental. Es una de las áreas más desatendidas y por tanto pueden aumentar los factores de riesgos, aunque los adultos mayores no tengan las piezas dentales, son comunes en esta fase enfermedades tales como

Determinantes de calidad de vida en el adulto mayor

Estos determinantes para la población estudiada son los siguientes:

- Soporte social, es independiente del tipo de intervención médica.
- Edad, sexo, condición de salud y residencia,
- Factores socioeconómicos y escolaridad (aunque son importantes no son determinantes),
- Estado de salud, cualquier enfermedad afecta la calidad de vida, sobre todo los problemas de salud mental como desórdenes de ansiedad, depresiva y afectiva.

1.4 MARCO CONCEPTUAL

1.4.1 Envejecimiento y vejez

El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 25 a 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad

orgánica, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas y degenerativas más la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas precarias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia (Ministerio de Salud Pública, 2010, pág. 27).

Una definición más genérica del concepto indica en términos generales que la vejez es la evidencia de la acción del tiempo en los cuerpos, y definida como “*el proceso de vivir: que implica el nacer, estar vivo y morir, el ser humano es finito, limitado, temporal, con un comienzo y un fin*” (Gonzalez, 2001). Por otro lado, la vejez se entiende como la última etapa de la vida del ser humano, cuando se acentúan los signos y efectos del envejecimiento, y cuando se manifiesta una multiplicidad de condiciones crónicas.

Las causas del envejecimiento se enmarcan en seis teorías, que son las siguientes: **i)** Disfuncionamiento del sistema inmunológico; **ii)** Mecanismos de envejecimiento inherentes a las células; **iii)** alteraciones del sistema endócrino; **iv)** desencadenantes genéticos; **v)** teoría del desgaste; y, **vi)** teoría de los desechos (Mishara, 2000).

1.4.2 Geriatria

Ha sido definida como la rama de la Medicina Interna que se preocupa de los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos. Esta definición es muy amplia y cubre, además del diagnóstico y tratamiento, los aspectos sociales y psicológicos de dichos pacientes y sugiere el uso de un equipo multidisciplinario de salud en el manejo de sus enfermedades.

La función primaria de la Geriatria es el diagnóstico de las incapacidades que se han producido. El propósito es que, a través del tratamiento y de la rehabilitación, los pacientes

mayores vuelvan a su estado previo y de este modo logren una máxima independencia para desenvolverse en la comunidad. También de importancia en la Geriatria es el cuidado de los pacientes en que el propósito anterior no es posible de lograr (PUC, 2013).

1.4.3 Gerontología:

En cambio, es la ciencia que estudia el envejecimiento. Puede ser desarrollada por científicos que pertenecen a diferentes áreas biológicas (bioquímicas, fisiólogos, sicólogos, sociólogos), como también por médicos. La Gerontología no se preocupa del cuidado de los pacientes, aunque en algunos países europeos se usan indistintamente los términos de Geriatria o Gerontología Clínica. La Gerontología puede ser enseñada como parte de un curso de Geriatria, ya que los que practican Geriatria deben por necesidad saber lo más posible de Gerontología. También puede ser parte de los ramos básicos y ser enseñado por fisiólogos u otros (PUC, 2013).

La salud es parte de un servicio, que para que se extienda en condiciones de eficiencia, eficacia y calidad, se debe considerar conceptos tales como la organización, el servicio, teoría general de sistemas, organigrama, entre otros.

1.5 RESUMEN DEL CAPÍTULO

Se incorporó en el capítulo un conjunto de teorías y conceptos que sustentan el objetivo de la investigación que es la salud y adultos mayores partiendo del concepto de salud y la condición de vulnerabilidad de la población de estudio.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

El marco referencial comprende una descripción del entorno demográfico, el estado de salud de adultos mayores, y estudios relacionados tanto en el mundo como en Ecuador.

2.1 ESTUDIOS INTERNACIONALES

2.1.1 Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México (2006)

Este estudio presentó que un 20% de usuarios que consideraron que se les daba mala atención médica atribuían esta percepción a la falta de comunicación con los médicos durante la consulta y al personal de salud como agentes autoritarios que quieren imponer su voluntad y conocimientos. Otro 56% percibe que el tratamiento recibido no es el adecuado y no reciben complementos micronutricionales y medicamentos básicos para enfermedades crónicas; además de una desconfianza en los medicamentos recibidos por los efectos colaterales. Puede que muchas de estas percepciones se basen en una falta de comunicación médico paciente, lo que constituye la base de la calidad del servicio (Campos-Navarro, Afganiz-Juarez, & Torrez, 2006).

2.1.2 Género y pobreza: Determinantes de la salud en la vejez

Este estudio realizado en ciudad México en el año 2007 busca identificar los determinantes de la salud en la vejez, a partir del género que es un constructo social, y esto se basa en una relación tridimensional género, vejez y pobreza que son experiencias diferenciadas por sexo y que se inician a temprana edad y culminan en la vejez que hace que mujeres mayores terminen viviendo en pobreza más que los hombres.

Según la investigación, aspectos como la inequidad de género, seguridad social y económica, discapacidad y género, problemas de salud, servicios de salud y pobreza son las variables que a lo largo del ciclo de vida determinan el estado de salud de los adultos mayores.

El estudio Atención general de la persona adulta mayor en Atención Primaria de la Salud (PAHO, 2011), indica que se deben realizar las siguientes actividades:

- Mantener actualizado el registro de adultos mayores bajo la responsabilidad del centro.
- Evaluar, diagnosticar y planificar la atención a los usuarios.
- Inmunizar y registrar conforme las normas de salud pública.
- Articular estrategias para eliminar o proteger frente a los factores de riesgo.
- Realizar acciones comunitarias para difundir y capacitar a las familias sobre los riesgos potenciales y atención en esta etapa de vida.
- Realizar evaluación integral de la persona adulta mayor de riesgo o no riesgo según protocolo.
- Dispensar periódicamente atención a pacientes crónicos.
- Realizar actividades de socialización para la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores del territorio mediante encuentros y/o convivencias grupales.
- Realizar actividades educativas para abordar temas relacionadas con sus derechos y afecciones.
- Estimular la realización de prácticas corporales y ejercicios físicos acorde a la edad y

características individuales.

- Educar a la comunidad sobre el cuidado del adulto mayor.

2.1.3 Estudio evaluación geriátrica en la atención primaria

Es una investigación realizada por Violeta Díaz, Inés Díaz, Graciela Rojas y David Novogrodsky (2003), los objetivos que guiaron la intervención fueron diagnosticar las enfermedades crónicas en los adultos mayores, evaluar la funcionalidad física y psíquica, además de revisar la capacidad de atención de consultorios primarios. Entre las conclusiones constan las siguientes:

- El grupo investigado fue un grupo de adultos mayores pobres, mayormente mujeres. Los hombres acuden menos a consulta médicas ya que trabajan hasta más tarde en la vida, aunque sea a tiempo parcial, o también participan en trabajo representativo en grupos sociales, sean barriales, deportivos y otros.
- Las patologías de mayor prevalencia encontradas fueron hipertensión arterial, diabetes Mellitus y obesidad; mismas que también son los mayores factores de mortalidad.
- Se encontraron altos porcentajes de depresión y demencia, lo que revela la importancia de la salud mental en este grupo etario. Aunque un porcentaje bajo de estos fueron atendidos por especialistas en psiquiatría.
- Los adultos mayores que consultaron mostraron índices de funcionalidad en actividades básicas del 87% y para las actividades instrumentales de la vida diaria de 54.7%.
- Del total de sujetos investigados, el 88.7% consultaron por más de una patología crónica, apenas el 4.5% no declaraban patologías. Las enfermedades osteoarticulares o

reumáticas fueron prevalentes (56.8%).

- En cuanto a las unidades de atención, las de Psiquiatría mostraron la mayor capacidad resolutive. Neurología y Medicina Física mostraron un nivel aceptable.

2.1.4 Hacia Una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad

Es un análisis de política pública realizado por Hoskins, Kalache y Mende (2005), mismo que indica que los centros de atención primaria en salud detectan y proveen tratamiento temprano de enfermedades, además de proveer de manejo y cuidado continuo. Considerando que el 80% de los cuidados de salud se prestan en el nivel comunitario, donde los centros de atención primaria son la espina dorsal del sistema sanitario; en este contexto los adultos mayores constituyen un alto porcentaje de los usuarios de estos centros. Todo esto indica que los centros de atención primaria constituyen un eslabón crítico en la provisión de servicios de salud a los adultos mayores. Por lo anterior la OMS realizó en la ciudad de Perth en Australia un conjunto de eventos con adultos mayores para que sean estos quienes indican los principales problemas que presentan estos centros y las sugerencias para que atiendan con mayor efectividad a esta población. Entre las principales sugerencias se tienen las siguientes:

Los principios centrales de los servicios de atención de salud a observar para una promoción del envejecimiento activo y saludable y una vida con dignidad, por lo cual deben satisfacer criterios tales como: **i)** disponibilidad; **ii)** accesibilidad; **iii)** integralidad; **iv)** calidad; **v)** eficiencia; **vi)** ausencia de discriminación; **vii)** capacidad de respuesta en afinidad con la edad.

Los principios generales a los que debe ajustarse un centro de atención primaria para adultos mayores son los siguientes:

Información, formación y capacitación

- El personal debe recibir entrenamiento en prácticas sensibles a la edad, género y medio cultural,
- Entrenamiento básico sobre cuidado del adulto mayor,
- Proveer a pacientes y cuidadores información y educación adaptadas a edad, género y medio cultural, promoción de la salud y manejo y tratamiento de enfermedades,
- Personal del centro debe revisar uso de medicamentos tanto principales como complementarios, además de los incluidos en medicina tradicional.

La gestión del sistema de salud comunitaria

- Los centros de salud deben ajustar sus procedimientos administrativos a las necesidades de los adultos mayores con poca escolaridad o déficit cognoscitivos.
- El costo de los servicios pueden impedir el acceso a los mismos,
- Se debe establecer un sistema que fomente la continuidad de la atención dentro de la comunidad y vinculado con los niveles primario, secundario y terciario.
- Los centros deben establecer mecanismos facilitadores a servicios de asistencia social y cuidados domiciliarios,
- La organización de los servicios comunitarios deben realizarse mediante eventos participativos, donde se deben incluir a adultos mayores.
- La información sobre funcionamiento, horas de atención, trámites, servicios y otros deben proveerse adecuadamente a los adultos mayores.

2.1.5 Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados

El estudio fue realizado en 39 Centros de Bienestar del Anciano de la ciudad de Medellín, a cargo de Alejandro Estrada, Doris Cardona, Ángela Segura, Jaime Ordoñez, Jorge Osorio y Lina Chavarriaga (2013) y publicado en la revista Universitas Psychologica. El estudio explora la asociación de factores como salud física y mental, condiciones de apoyo social, estado nutricional y calidad de vida con los síntomas de depresión en la población adulta mayor institucionalizada en los Centros de Bienestar del Anciano de la ciudad de Medellín (Colombia) en el año 2008.

El estudio mencionado es de tipo descriptivo transversal, la población de referencia fueron personas de 65 años y más que vivían en los centros, la muestra fueron los residentes de 39 de los centros mencionados, donde se evaluaron a 276 ancianos, 40% hombres con edad promedio de 77.6 años +/- 8.4 años; 59.4% fueron mujeres con edad promedio de 79.5 años +/- 7.7 años.

Las principales conclusiones fueron:

- 41.3% de la población adulta tenía edad comprendida entre los 75 y 84 años, 33% entre 65 y 74 años, 25.7% tenía más de 85 años, solo dos personas fueron mayor a 100 años. El nivel educativo predominante fue primaria (51%), secundaria (25%), 17.4% no tenían estudios. 51% tenían afiliación al régimen contributivo en salud, 46.3% al régimen subsidiado.
- De acuerdo a la escala en síntomas depresivos, se halló que 54.3% de los adultos mayores institucionalizados encuestados no registraron ningún grado de síntomas depresión, 37.5% presentó síntomas moderados, 8.7% registraron de forma severa.
- No existió diferencia porcentual de síntomas depresivos entre hombres y mujeres; el

grupo etario entre 75 y 84 años presentó el menor porcentaje, las personas con menor nivel de educación tuvieron mayor prevalencia de depresión.

- Adultos que manifestaron haber sido maltratados por la familia mostraron mayor sintomatología depresiva.
- De acuerdo a condiciones de salud percibida, adultos hipertensos o con enfermedades del corazón o enfermedades de los huesos tuvieron un menor porcentaje de síntomas de depresión; los que padecían problemas nerviosos, así como los que tenían dependencia física para realizar sus actividades cotidianas, estrés o enfermedad aguda presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos.
- Se encontró una relación inversa en la relación calidad de vida y nivel de depresión, donde aquellas personas con mayores síntomas de depresión tuvieron un menor puntaje en calidad de vida.

2.2 ESTUDIOS NACIONALES

2.2.1 Perfil epidemiológico de adultos mayores en Ecuador

Morbilidad de adultos mayores en Ecuador y provincia del Guayas

Con base en información de egresos hospitalarios al año 2011, el Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador, provee las principales diez causas de morbilidad en adultos mayores (Tabla 2-1). Aspectos a destacar como cambios ocurridos entre el 2008 y 2011 es que hay cuatro causas con tendencia al crecimiento entre ambos periodos, estas son en primer lugar la diabetes (pasó de ser la tercera causa de morbilidad en el 2008 a la primera en el 2011); la segunda es la influenza y neumonía que aunque mantiene el segundo puesto, en cambio tiene

mayor peso porcentual; La tercera corresponde a enfermedades del sistema urinario; y, enfermedades del sistema osteo-muscular.

Tabla 2-1

Ecuador: Diez principales causas de morbilidad en población adultos mayores, años 2008-2011

País - Causas principales	2008	2011	Tendencia
Diabetes mellitus	5,5%	5,8%	
Influenza y neumonía	5,6%	5,8%	
Apendicitis, hernia y obstrucción intestinal	5,8%	5,7%	
Enfermedades del sistema urinario	5,0%	5,2%	
Enfermedades cerebrovasculares	4,6%	4,0%	
Enfermedades hipertensivas	4,3%	4,0%	
Enfermedades del sistema osteo muscular y tejido conectivo	3,0%	3,5%	
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	2,9%	2,8%	
Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades del sistema circulatorio	3,1%	2,7%	
Enfermedades infecciosas intestinales	3,1%	2,7%	
Causas mal definidas	2,9%	3,6%	
Resto de causas	54,2%	54,2%	

Fuente: Tomado de SIISE, 2013

A diferencia de lo que ocurre en Ecuador, las causas en Guayas (Tabla 2-2) difieren significativamente. En la provincia existen tres causas que están en ascenso, son la Diabetes Mellitus que está en ascenso, al 2011 ocupa el cuarto lugar; la influenza y neumonía también está en ascenso, ocupa el quinto lugar; y, enfermedades del sistema osteo-muscular que ocupa el séptimo lugar.

Tabla 2-2

Guayas: Diez principales causas de morbilidad en adultos mayores, años 2008-2011

Causas	2008	2011	Tendencias
Enfermedades cerebrovasculares	6,0%	5,4%	
Apendicitis, hernia y obstrucción intestinal	5,4%	5,2%	
Enfermedades del sistema urinario	5,3%	5,1%	
Diabetes mellitus	5,0%	5,1%	
Influenza y neumonía	3,3%	4,0%	
Enfermedades isquémicas del corazón	3,5%	2,9%	
Enfermedades del sistema osteo muscular y tejido conectivo	2,2%	2,8%	
Enfermedades hipertensivas	3,3%	2,7%	
Neoplasias benignas in situ y de comportamiento indeterminado	2,5%	2,4%	
Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades del sistema circulatorio	2,4%	2,3%	
Causas mal definidas	4,4%	5,7%	
Resto de causas	56,8%	56,4%	

Fuente: Tomado de SIISE, 2013

Mortalidad de adultos mayores en Ecuador y provincia del Guayas

En cuanto a causas de mortalidad en el País (Tabla 2-3), la principal causa proviene de las enfermedades hipertensivas. Existen cinco causas con tendencia creciente durante el periodo 2008-2011, esta son las enfermedades hipertensivas, diabetes mellitus, cerebrovasculares, sistema urinario, cirrosis y otras enfermedades del hígado.

Tabla 2-3
Ecuador: Diez principales causas de mortalidad en adultos mayores, 2008-2011

Causas principales	2008	2011	Tendencia
Enfermedades hipertensivas	7,8%	9,8%	
Diabetes mellitus	7,1%	8,8%	
Enfermedades cerebrovasculares	7,7%	8,2%	
Influenza y neumonía	6,5%	6,1%	
Enfermedades isquémicas del corazón	6,1%	4,2%	
Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades m	5,9%	3,8%	
Enfermedades del sistema urinario	3,4%	3,5%	
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3,3%	3,3%	
Neoplasia maligna del estómago	3,4%	3,1%	
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2,7%	3,0%	
Causas mal definidas	11,9%	11,8%	
Resto de causas	34,3%	34,4%	

Fuente: Tomado de SIISE, 2013

En aspectos de mortalidad lo que ocurre en Guayas (Tabla 2-4) es similar a las causas principales del país. En la provincia existen cinco causas con tendencia de crecimiento; esta son: enfermedades hipertensivas, Diabetes Mellitus, cerebrovasculares, cirrosis y otras enfermedades del hígado y neoplasia maligna de la próstata, que afecta a hombres y aparece en el año 2011 como la décima causas de morbilidad, misma que apareció a partir del año 2008.

Tabla 2-4
Guayas: Diez principales causas de mortalidad de adultos mayores, 2008-2011

Causas	2008	2011	Tendencias
Enfermedades hipertensivas	14,0%	18,1%	
Diabetes mellitus	11,2%	14,1%	
Enfermedades cerebrovasculares	7,5%	9,7%	
Influenza y neumonía	8,5%	6,9%	
Enfermedades del sistema urinario	5,1%	4,7%	
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	3,9%	4,6%	
Enfermedades isquémicas del corazón	5,1%	3,8%	
Neoplasia maligna del estómago	3,0%	2,7%	
Enfermedades crónicas de las vías respirator	2,5%	2,5%	
Neoplasia maligna de la próstata		2,4%	
Causas mal definidas	2,5%	1,4%	
Resto de causas	32,3%	29,2%	

Fuente: Tomado de SIISE, 2013

2.2.2 Perfil epidemiológico de adultos mayores residentes en un CAAM tipo

Hombres: Para realizar un primer perfil epidemiológico se dividió a la población en hombres y mujeres, para el caso de hombres el total de la muestra es de 39 adultos mayores, pertenecientes a dos salas, por sus características es una muestra de conveniencia.

Los varones residentes de las salas referidas (Figura 2-1) tienen como edad mínima 58 años y máxima de 93 años, el promedio es de 78.11 años con una desviación estándar de 7.93 años, en este caso la desviación estándar es de alrededor del 10 % de la media que indica que el parámetro medio de edad está entre 76.08 y 86.04 años.

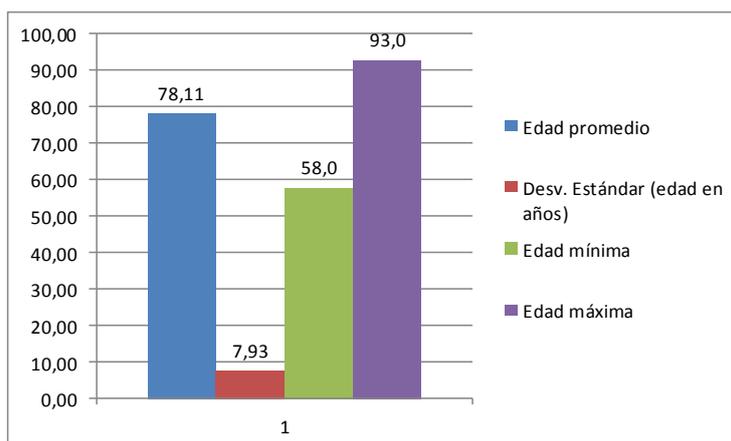


Figura 2-1.
Edad de residentes del sexo masculino de CAAM tipo, 2014
 Fuente: Tomado de registros del CAAM

Mujeres: En el caso de mujeres también se aplicó una muestra de conveniencia a 22 residentes de una sala. La edad mínima de las residentes (Figura 2-2) es de 65 años y la máxima de 97 años, el promedio general es de 84.4 años con una desviación estándar de 9.7 años que es del 11.49 % de la media, lo que indica que el rango promedio de edad está entre 74.7 y 94.1 años.

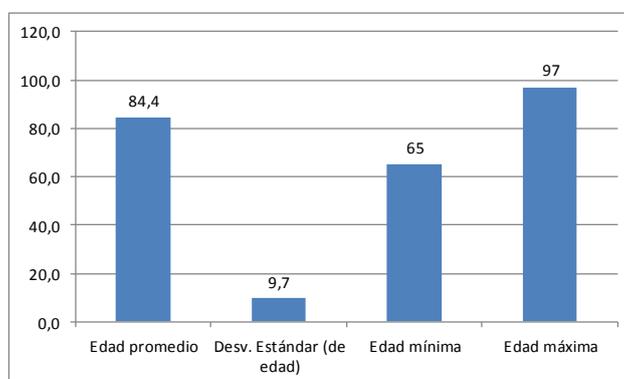


Figura 2-2.
Edad de residentes del sexo femenino del CAAM, 2014
 Fuente: Tomado de registros del CAAM

La figura 2-3 muestra El 72.7% de las residentes del sexo femenino del CAAM tienen edades comprendidas entre 80 años en adelante, de estas un 13.6% tienen entre 95 y 97 años; tan solo el 28.3% están entre 65 y 69 años.

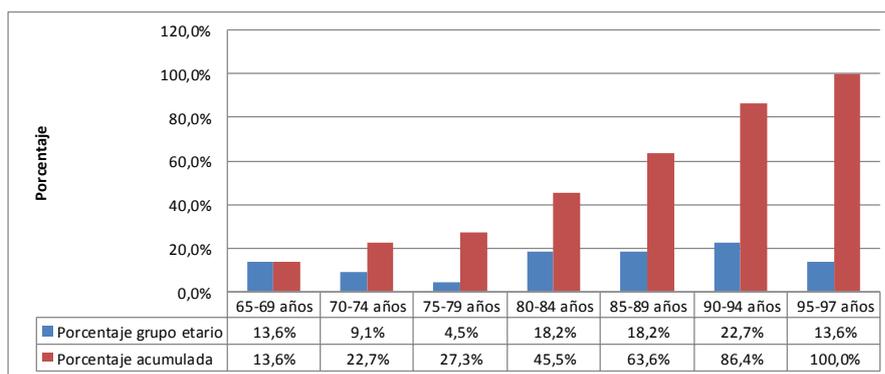


Figura 2-3.
Edad por grupos etarios de residentes del sexo femenino del CAAM, 2014

Fuente: Tomado de registros del CAAM

2.3 MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL

2.3.1 Constitución Política de la República del Ecuador

Obligaciones del Estado: En consonancia con los instrumentos internacionales, el tercer artículo de la Constitución establece que la salud es una de las obligaciones del estado para con la población.

Salud como derecho: A la par de obligación la salud es uno de los derechos que tiene la población ecuatoriana según lo determina el Art. 32 el Estado lo garantizará, mediante políticas incluyentes.

Adultos mayores como sujetos de atención prioritaria: Los adultos mayores constituyen un grupo de atención prioritaria por su situación de vulnerabilidad económica, social; para ello el estado garantizará el acceso a servicios de salud de alta calidad.

2.3.2 Ley Orgánica de Salud

Esta Ley establece el canal operativo y la autoridad en materia de salud, así como define al sistema de salud, un aspecto importante es que enfoca servicios de salud primaria y en

general hacia la calidad de los mismos, para ello establece un conjunto de normativa que permite establecer estándares y controlar su cumplimiento.

Aunque el servicio de salud propuesto en este trabajo es desde una entidad privada, la calidad y autoridad en salud es el Ministerio de Salud Pública por lo que se estaría ajustando a los estándares que este establece.

2.3.3 Ley del anciano

Definen a personas adultas mayores con edad superior a 65 años, tiene especial relevancia el artículo 7 de esta Ley que indica que los establecimientos públicos y privados dispondrán de atención geriátrico-gerontológica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías que afecta a este grupo etario. En este caso se trata de una entidad privada que ofrece el servicio a una población institucionalizada, no es abierto al público.

2.3.4 Plan nacional del Buen Vivir

El objetivo 2.6 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 (SENPLADES, 2013) establece el Garantizar la protección especial universal y de calidad, durante el ciclo de vida, a personas en situación de vulneración de derechos. Como acciones puntuales en función de la salud y adultos mayores determina lo siguiente: **a)** Desarrollar y fortalecer los programas de protección especial desconcentrados y descentralizados, que implican amparo y protección a personas en abandono, en particular niños, niñas, adolescentes y adultos mayores y que incluyen la erradicación de la mendicidad y el trabajo infantil. **D)** Implementar programas de inmunización como mecanismo de defensa ante microorganismos patógenos, con énfasis en niños, niñas, adolescentes, mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidad.

2.4 RESUMEN DEL CAPÍTULO

Se incorporó dentro del marco referencial y legal un conjunto de información que permite describir a la población adulta mayor ecuatoriana y de Guayaquil contextualizada en la población en general, así como la identificación principales causas de morbilidad y mortalidad, además del perfil epidemiológico del CAAM analizado. Esta información sirve como marco del análisis e información específica que se obtenga en los siguientes capítulos.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO Y RESULTADOS

El marco metodológico corresponde a una descripción con bastante especificidad del método, técnicas, herramientas, sujetos y características de la muestra para el estudio, lo que permite que el lector de los resultados conozca el procedimiento como fue obtenida la información.

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación corresponde a un estudio cuantitativo, porque se busca dimensionar características de la población, de su estado clínico y de su acceso a servicios de salud.

3.2 ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Provincia: Guayas

Cantón: Guayaquil

Institución: CAAM tipo

Población: Adultos mayores residentes en CAAMP.

Servicio: Salud

Categoría. Atención primaria de salud

3.3 TIPO DE ESTUDIO

El estudio se ajusta a un enfoque inductivo, donde de lo particular se realizan

conclusiones generales, por ello se trabaja con muestra cuyos resultados se infieren a la población del estudio.

La investigación es de tipo descriptiva, donde para establecer la propuesta, se busca conocer a mayor profundidad a la población objetiva en cuanto a sus características de edad, civil, acompañamiento, relaciones familiares, y perfil epidemiológico de la Institución.

Según el control de variables se trata de una investigación no experimental ya que ninguna de las variables analizadas estará sujetas a algún tipo de manipulación.

De acuerdo a la temporalidad del estudio es de tipo transversal, ya que se realiza la investigación en una fecha determinada sin que exista análisis en fechas anteriores ni seguimiento en fechas posteriores de la toma de información.

3.4 MÉTODO

El método aplicado es el estudio de caso para ello se tomó como CAAM modelo representativo a un Hogar de adultos mayores para una capacidad de 380 residentes y un promedio de capacidad utilizada del 85 %.

3.5 TÉCNICAS

Se aplicaron dos técnicas: **i)** Análisis documental, sobre todo para la revisión de los archivos de los residentes existente en el CAAM tipo; **ii)** investigación de campo, a la población objetivo; adicionalmente, se tomó opiniones sobre los servicios y la categoría de atención primaria de salud a expertos y funcionarios calificados (detalle en apéndice No. 2).

3.5.1 Técnicas de recopilación de la información

Las técnicas de recopilación de información fueron dos:

Encuesta: Dirigida a la población objetivo de la información, para ello se utilizó como instrumento para la recopilación de datos un formato de encuesta cuyo contenido se encuentra como Anexo A, consiste en nueve secciones con preguntas cerradas, busca caracterizar y conocer el perfil de salud del residente.

Entrevista: Dirigida a funcionarios (Anexo B) y expertos en atención primaria de salud para adultos mayores (Anexo C). Se realizaron tres entrevistas según tipo, ambas entrevistas están conformadas por un cuestionario corto de preguntas abiertas.

3.5.2 Procedimientos

Para el análisis de la información se utilizó una hoja electrónica Excel y se digitaron todas las respuestas anotadas en las encuestas, mismas que se procedió a su tabulación; para ello en cuanto a la información cuantificable se utilizaron herramientas de estadísticas descriptiva, entre estas medidas de tendencia central y de dispersión. Para la presentación de resultados se utilizaron gráficos de barra y de pastel, así como una pirámide etaria.

3.6 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.6.1 Población

La población fueron los adultos mayores residentes en el CAAM con más de seis meses de residencia, que según listado de la capacidad y promedio de ocupación proporcionada por la institución fue de 325 individuos de ambos sexos, de estos 42 % del sexo masculino y 58 % del sexo femenino.

3.6.2 Muestra

La muestra fue sin reposición, de tipo aleatoria o probabilística y estratificada por sexo, con una significación del 95 % y margen de error del 5 %. Para su selección se utilizó la

técnica de números aleatorios y como elemento de identificación la nomenclatura asignada a cada residente para fines administrativos.

El número de casos determinados a investigar fue de 176 residentes. Para su cuantificación se utilizó la fórmula de muestra para población finita (Anderson, Sweeney, & Williams, 1999), como sigue:

$$n = \frac{N*(\infty*0,5)^2}{1+(e^2*(N-1))} = n = \frac{325*(1.96*0,5)^2}{1+(0.05^2*(325-1))} = 176$$

Dónde:

n = Muestra

N= Población

∞ = nivel de confianza

e = Error de estimación

3.7 IDEA CENTRAL DE LA INVESTIGACIÓN

La situación clínica de los adultos mayores residentes en el CAAM demanda un servicio de atención primaria de salud con niveles de calidad que genere una alta satisfacción en sus usuarios.

3.8 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Variable dependiente: Situación clínica de adultos mayores

Variable independiente: Servicio de atención primaria de salud

Tabla 3-1
Variables e indicadores

Variable	Definición	Indicadores	Herramientas
Datos personales	Describe un conjunto de datos personales que permitirá identificar y clasificar al usuario	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo del usuario/a • Fecha de nacimiento del usuario/a • Localidad de origen del usuario/a 	Encuesta a usuarios/as
Aspectos socio-familiares	Describe un conjunto de información que permitirá construir un perfil familiar/social del usuario	<ul style="list-style-type: none"> • Número de hijos/a vivos del usuario, • Número de personas que visitan al usuario/a por semana 	Encuesta a usuarios/as
Sobre la estadía del usuario en el CAAM TIPO	Describe la información relacionada al usuario con el CAAM TIPO	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de ingreso como residente del CAAM TIPO, • Relación del usuario con el responsable de este ante el CAAM TIPO • Estatus de residencia (general, contribuyente, pensionado) 	Encuesta a usuarios/as
Nivel educativo del usuario/a	Describe el nivel de educación máximo aprobado al que accedió el usuario	<ul style="list-style-type: none"> • Educación primaria completa • Educación secundaria (%) • Educación secundaria completa • Educación superior inicial • Educación superior media • Educación superior completa • Título obtenido 	Encuesta a usuarios/as
Estado de salud del usuario/a	Describe las principales patologías correspondiente a la salud física y mental que afectan al usuario	<ul style="list-style-type: none"> • Patologías de salud física (estado y nivel) • Patologías de salud mental, (estado y nivel) • Medicamentos consumidos por el usuario • ¿Quién provee el medicamento • ¿Existe una oportuna provisión del medicamento? 	Encuesta a usuarios

3.9 RESULTADOS Y ANÁLISIS

3.9.1 La población

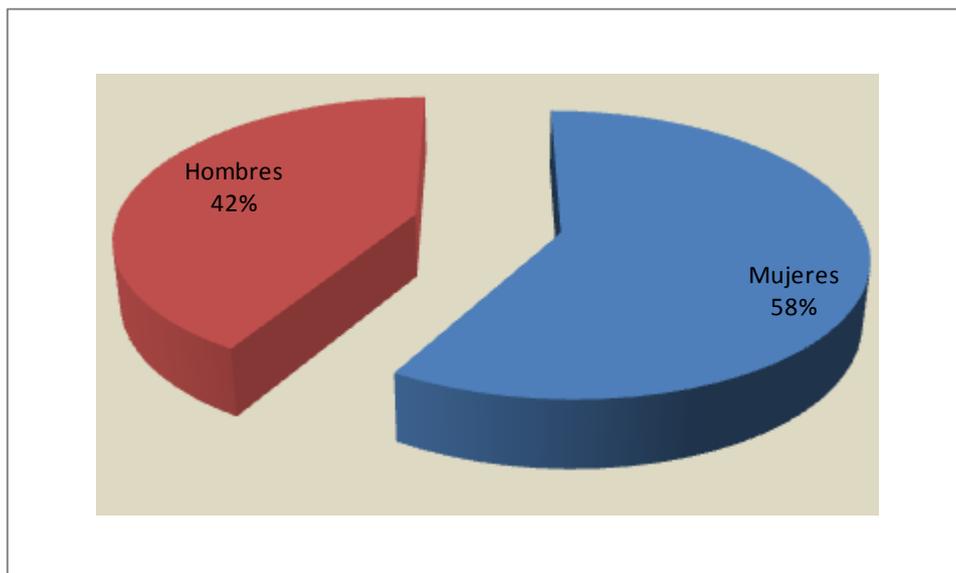


Figura 3-1
Población del CAAM

La capacidad máxima del CAAM es de 380 camas, al 28 de febrero del 2015, el número de usuarios fue de 325 personas que significó un nivel de ocupación del 85.52 %. La figura 3-1 muestra la población por sexo; la mayor cantidad de los usuarios son del sexo femenino con un 58.46% de representación y un 41.54 % del sexo masculino.

La categoría de usuarios (Tabla 3-2) se distribuye entre pensionistas, contribuyentes (subsido parcial) y general con un 100 % de subsidio de los servicios. Usuarios del sexo femenino son mayoría en pensionado (29.5 %) y en contribuyentes (41.1 %), no así en general que son minoría (29.5 %) con respecto a los hombres.

Tabla 3-2
Estructura de residentes por categoría de tarifas y sexo

Descripción	Mujeres	Hombres	Total
Pensionista	56	30	86
Contribuyente	78	52	130
General	56	53	109
TOTAL	190	135	325

Fuente: Tomado de estadísticas internas del CAAM

La figura 3-2 presenta las categorías de residentes por sexo; los usuarios del sexo masculino son mayoría en la categoría general (39.3 %), en contribuyentes ascienden al 38.5 % y en pensionado ascienden al 22.2 %, alrededor de siete puntos porcentuales por debajo de sus pares femeninas.

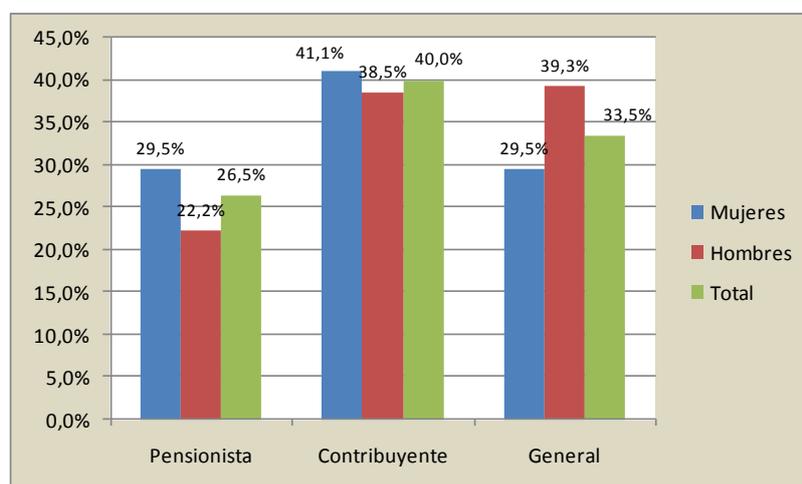


Figura 3-2
Estructura de residentes por categoría de tarifas y sexo
Fuente: Tomado de estadísticas internas del CAAM

Características de la población

La tabla 3-3 y figura 3-3 presentan los estadígrafos de edad, la promedio general es de 82.37 años con una desviación típica de 9.26 años; la edad promedio de hombres es de 79.81 años con una desviación típica de 9.39755 años y en mujeres la edad media es de 84.3571 años con una desviación típica de 8.6968 años. La edad mínima del grupo es de 56 años, en hombres es igual y en mujeres es de 58 años. La edad máxima general es de 106 años que es

igual para ambos sexos.

Tabla 3-3
Estadígrafos de la población del CAAM tipo

Descripción	Total	Hombres	Mujeres
Frecuencia	174	76	98
Media	82,3736	79,8158	84,3571
Desviación típica	9,2626	9,3975	8,6968
Mínimo	56	56	58
Máximo	106	106	106
Rango	50	50	48

Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

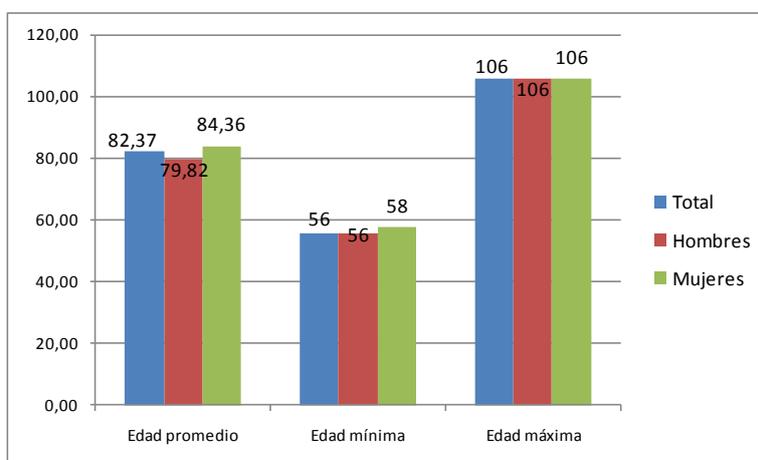


Figura 3-3
Estadígrafos de edad de la población del CAAM

Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

En cuanto a la provincia de origen (figura 3-4), el mayor número de usuarios es del guayas (78.4 %) de ellos la mayoría de Guayaquil y unos pocos de cantones como Daule, Yaguachi, Naranjito, Milagro y Marcelino Maridueña, entre otros. Un segundo grupo que asciende al 9.1 % proviene de Manabí, seguido de Los Ríos (4.5 %), Chimborazo (1.7 %), Cañar (1.7 %) El Oro (1.7 %), Tungurahua (1.1 %), Cotopaxi (0.6 %), Loja (0.6 %) y Bolívar (0.6 %).

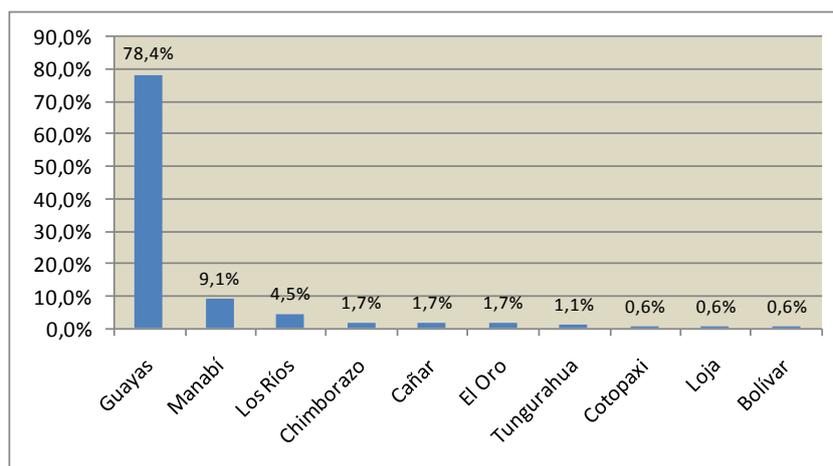


Figura 3-4
Provincia de origen de los residentes del CAAM tipo

Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

En cuanto a la antigüedad (figura 3-5) de los usuarios en el CAAM tipo, el 16.4 % tiene menos de un año, 18.2 % entre uno y dos años, 13.3 % entre dos y tres años, 7.3 % entre tres y cuatro años, 8.5 % entre cuatro y cinco años, 4.8 % entre cinco y seis años.

El grupo con antigüedad de hasta cinco años asciende al 63.6 % y hasta diez años al 86.1 %. Solamente una minoría de 13.9 % tiene más de diez años, el máximo de antigüedad es de 36.3 años.

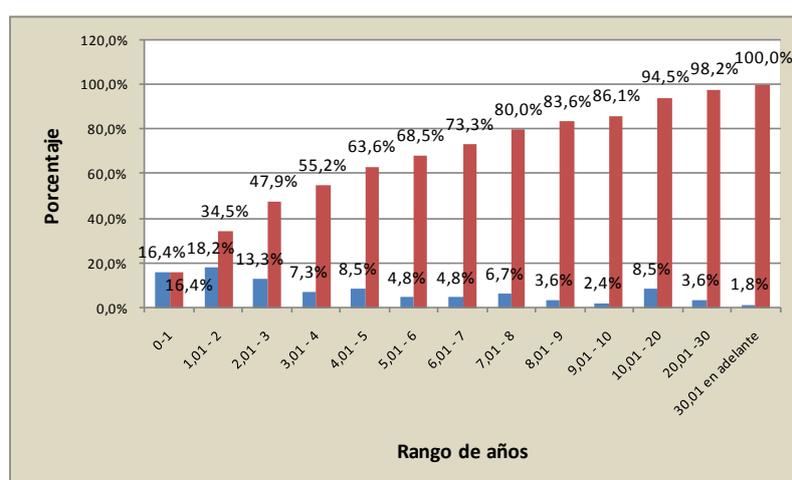


Figura 3-5
Antigüedad de residentes del hogar tipo

Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

La figura 3-6 muestra la relación de parentesco del representante con el residente; la mayoría de los usuarios tienen una persona responsable ante el CAAM tipo que en su mayoría (38.9 %) es el hijo/a, seguido de hermano/a (21 %), sobrino/a (18.5 %), Otros (10.2 %) que son amigos o en general personas allegadas sin vínculo familiar, nieto/a (4.5 %), también figuran primo/a, esposo/a, yerno/nuera, cuñado/a, tío/a, ahijado/a todos estos grupos con participación inferior al 2.6 %; un 12.1 % de los residentes no tienen registro de personas vinculadas que los representen ante el Hogar.

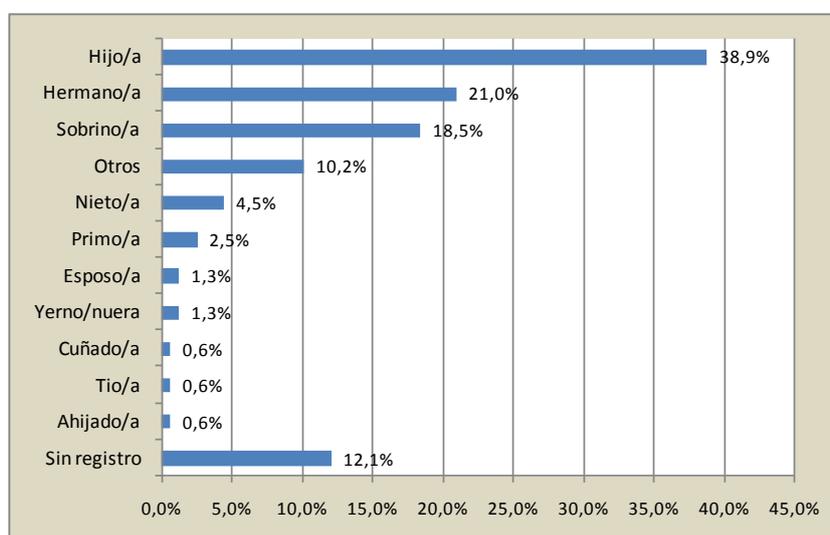


Figura 3-6
Relación del residente con persona que lo representa
 Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

La figura 3-7 muestra el nivel de escolaridad de los usuarios del CAAM, donde un 8.5 % indicó no tener ninguna, 10.8 % tiene primaria no completa, 30.1 % primaria completa, 11.4 % secundaria no completa y 18.8 % secundaria completa, 10.2 % tiene superior completa y 8 % no declaró al respecto.

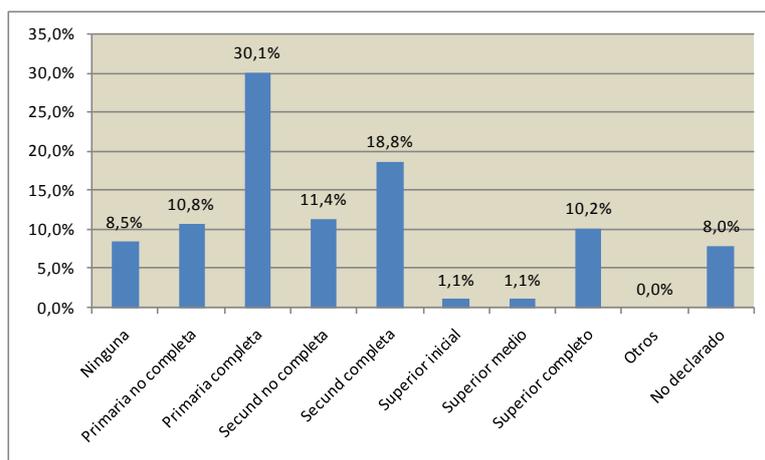


Figura 3-7
Escolaridad del residente del CAAM tipo
 Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

La figura 3-8 muestra la cobertura de seguridad social, una mayoría de los usuarios (66.5 %) no tienen jubilación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), mientras que 21.5 % si tiene este tipo de jubilación, un 11.9 % no declara al respecto.

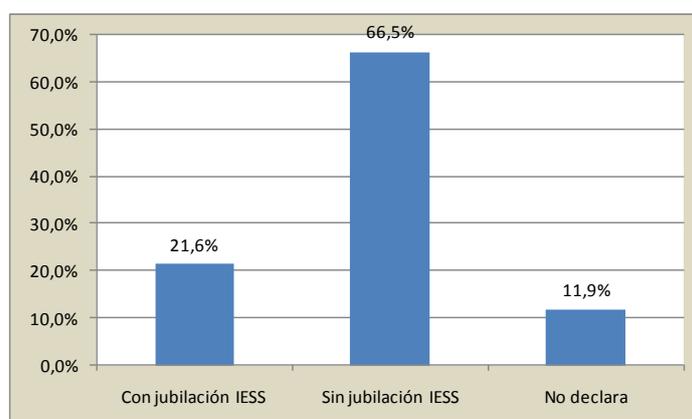


Figura 3-8
Cobertura de seguridad social de residentes del CAAM tipo
 Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

3.9.2 Salud física de la población

Presión arterial

La figura 3-9 presenta incidencia de presión arterial alta, un 53.4 % de la población del

CAAM tipo tiene presión arterial alta; la mayor incidencia está en el grupo femenino quienes tienen un 61 % de afectación frente a un 43.4 % de afectación en el grupo masculino.

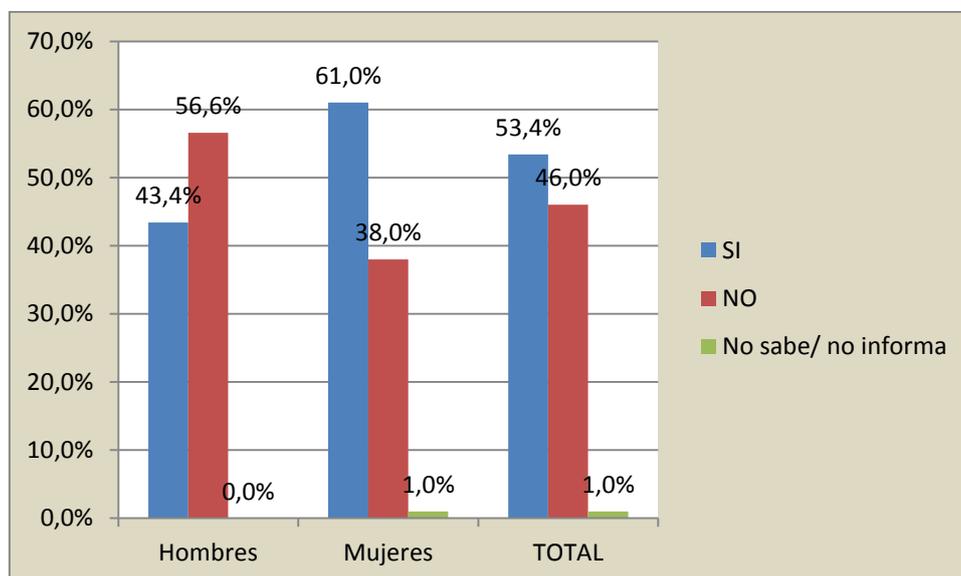


Figura 3-9

Residentes hipertensos del CAAM

Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

Diabetes Mellitus

La diabetes Mellitus (figura 3-10) afecta al 15.9 % del total de la población del CAAM, aunque no es homogéneo por sexo, ya que los hombres tienen mayor afectación (22.4 %) frente a mujeres que tienen menor afectación (11 %).

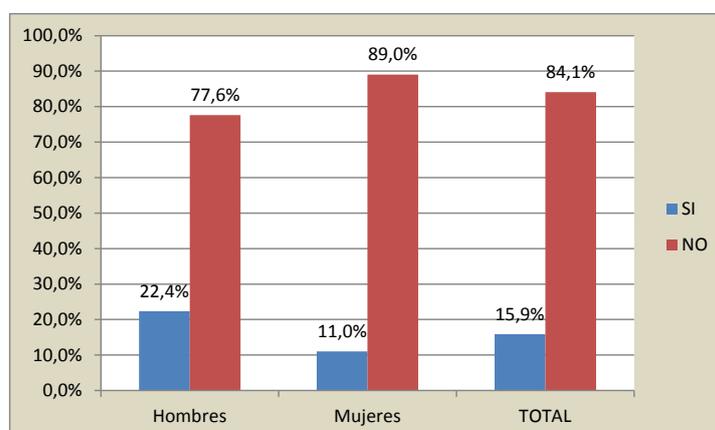


Figura 3-10

Antecedentes de Diabetes Mellitus en residentes de CAAM

Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

Antecedentes de infarto

En cuanto a antecedentes de infarto (figura 3-11), el 7.4 % de la población total registra este tipo de eventos, siendo ligeramente superior la afectación en el sexo masculino (9.2 %) y para el sexo femenino es inferior (6 %).

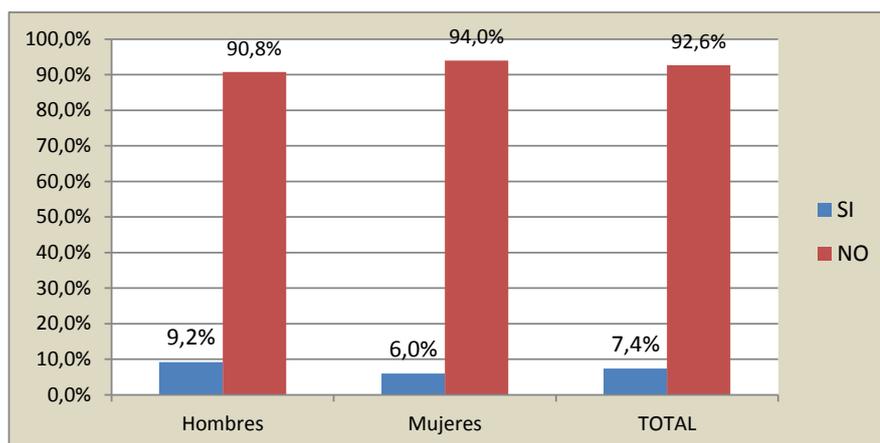


Figura 3-11
Antecedentes de infarto en residentes de CAAM

Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

Tiroides

La figura 3-12 ilustra sobre incidencia de tiroidismo, la población consultada respondió que un 17 % del total tenga afectación de la glándula tiroides, la distribución por sexo es homogénea ya que el 17.1 % son afectados y 17 % de las mujeres.

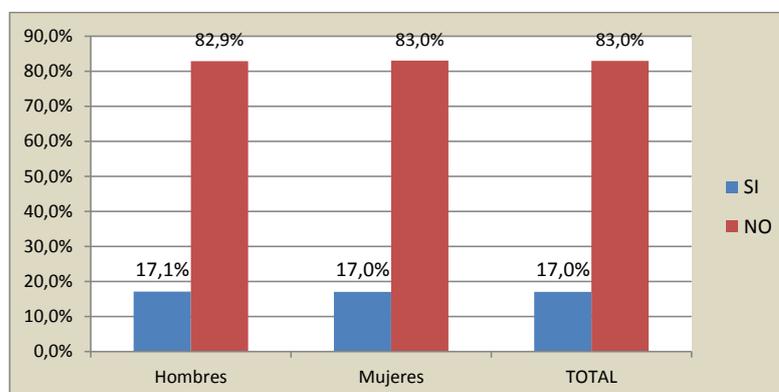


Figura 3-12
Antecedentes de tiroidismo en residentes de CAAM

Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (figura 3-13) es recurrente en adultos mayores que afecta su calidad de vida, un 42.6 % de los residentes tiene esta afectación, siendo significativamente menor en hombres a quienes se registra un 28.9 %, mientras que en mujeres la afectación asciende al 53 %.

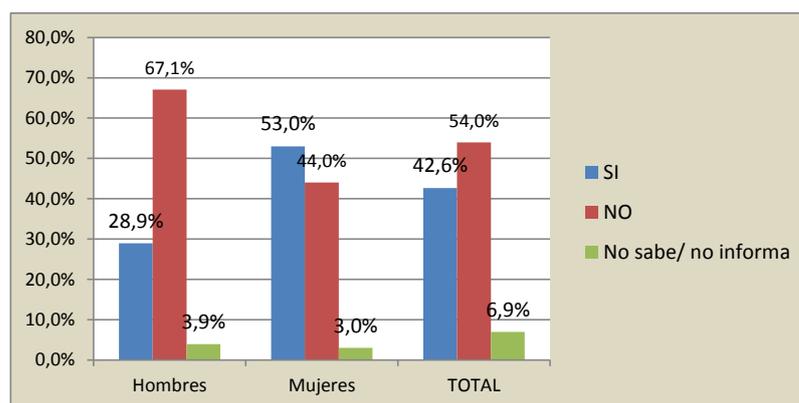


Figura 3-13
Incontinencia urinaria en residentes de CAAM

Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

Neoplasias malignas

Existe evidencia empírica como se lo indicó en el marco referencial de que uno de los grupos mayormente afectado por neoplasias malignas (cáncer) son los adultos mayores, por algunas razones es un grupo etario altamente vulnerable (figura 3-14), en el CAAM TIPO el 6.8 % de la población está afectada, existiendo una mayor incidencia en hombres donde asciende al 10.4 % de la población, frente a un 4 % de mujeres afectadas.

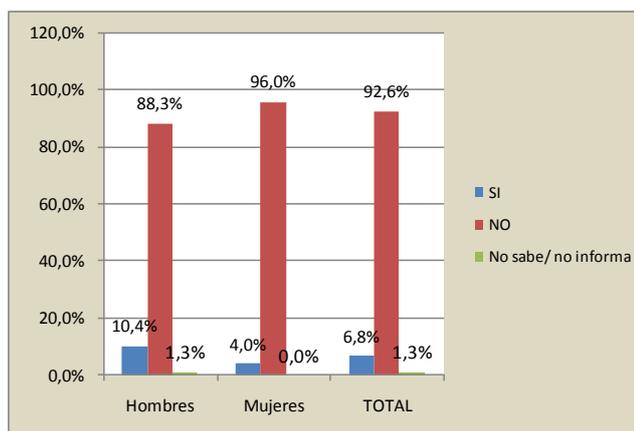


Figura 3-14
Neoplasias malignas en residentes de CAAM
 Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

Problemas dentales

Las molestias dentales y problemas con dientes y boca (figura 3-15) que dificulta la alimentación es extendida en la población del CAAM tipo, el 66.5 % de los residentes reporta esta molestia que seguramente está teniendo impactos en su nivel nutricional. Es relativamente homogénea por sexo, ya que en hombres la incidencia es de 67.5 % y en mujeres del 65.7 %.

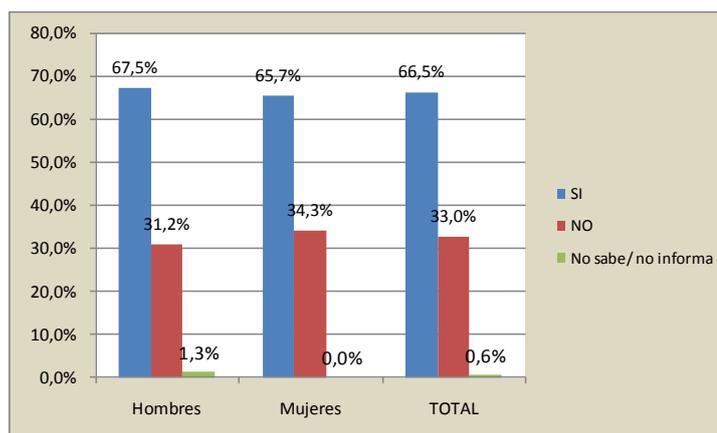


Figura 3-15
Problemas dentales en residentes de CAAM
 Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

Problemas auditivos

La audición (figura 3-16) que también inicia un proceso de disminución con la tercera edad, constituye un problema de afectación a la calidad de vida del adulto mayor. Un 39.8 % de la población de CAAM tipo declaró tener problemas de audición, la prevalencia tanto en hombres como en mujeres es similar.

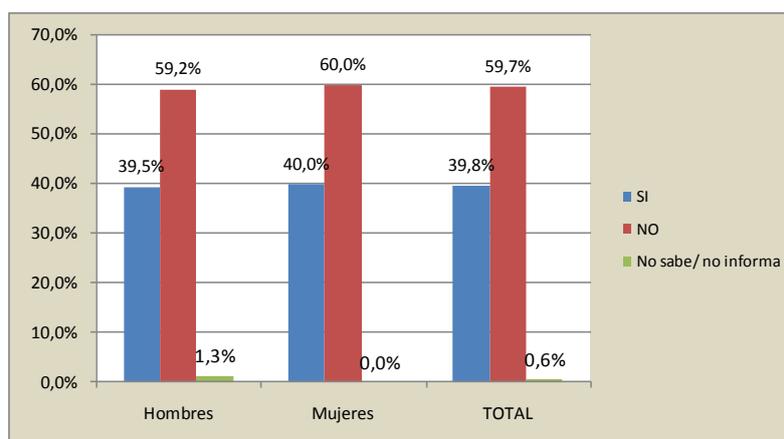


Figura 3-16
Problemas auditivos en residentes de CAAM

Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

Pérdida de peso involuntaria en los últimos seis meses

La pérdida de peso puede ser un factor detonante y que evidencia algún tipo de trastorno físico o psicológico del adulto mayor (figura 3-17); en el CAAM TIPO el 30.7 % de los residentes declaró que perdió peso de manera involuntario en los últimos seis meses, la mayor incidencia se registró en mujeres con una prevalencia del 36.7 % y significativamente inferior en varones en quienes afectó al 24.4 %.

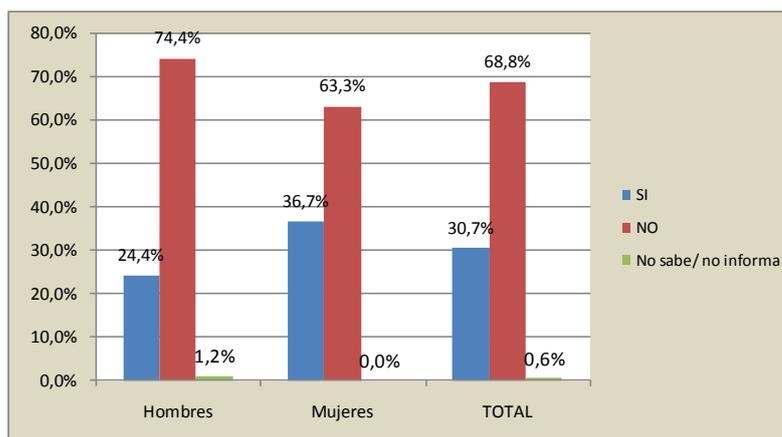


Figura 3-17
Incidencia de pérdida de peso involuntario en residentes de CAAM
 Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

Problemas con la memoria

La disminución de las facultades de la memoria es un síntoma relacionado con el envejecimiento (figura 3-18), un 43,75 % de la población del CAAM tipo declaró tener problemas con la memoria, siendo la afectación mayor en el sexo femenino (48 %) e inferior en varones en quienes se registró un 38,2 % de afectación.

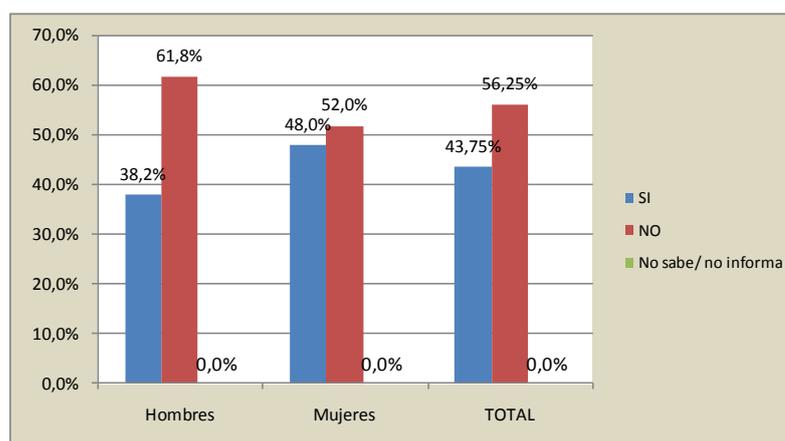


Figura 3-18
Problemas de la memoria en residentes de CAAM
 Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

Problemas para conciliar el sueño

La pregunta *¿Usted duerme bien?* Realizada a los residentes del CAAM tipo (figura 3-19) fue respondida negativamente por un 68.18 %, esta sensación es mayoritaria en el sexo masculino donde las respuestas negativas fueron del 81.6 % en contraste con el sexo femenino que contestaron de igual forma en un 58 %.

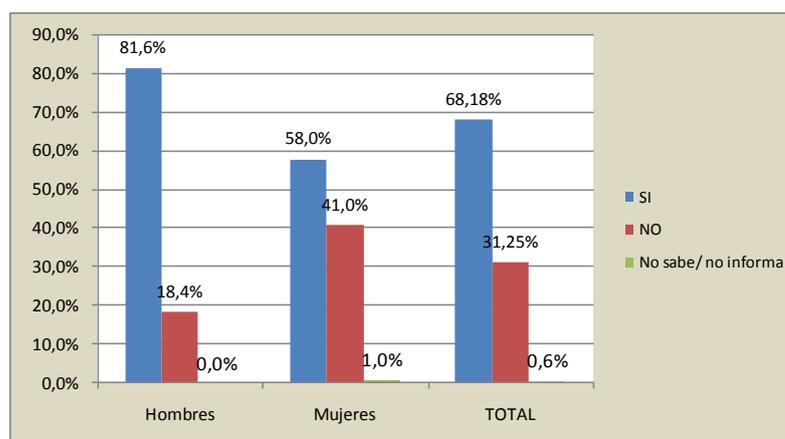


Figura 3-19
Problemas para conciliar el sueño en residentes de CAAM
 Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

3.9.3 Autosuficiencia física

La aproximación a una evaluación de la autosuficiencia física desde la percepción del individuo se exploró mediante algunas preguntas, la primera fue: *¿Puede vestirse solo, sin ayuda?* (figura 3-20) misma que fue respondida negativamente por el 38.07 % de los residentes, no hay mayores diferencias por sexo, ya que en hombres la respuesta negativa fue del 36.8 % y en mujeres igual respuesta fue del 39 %.

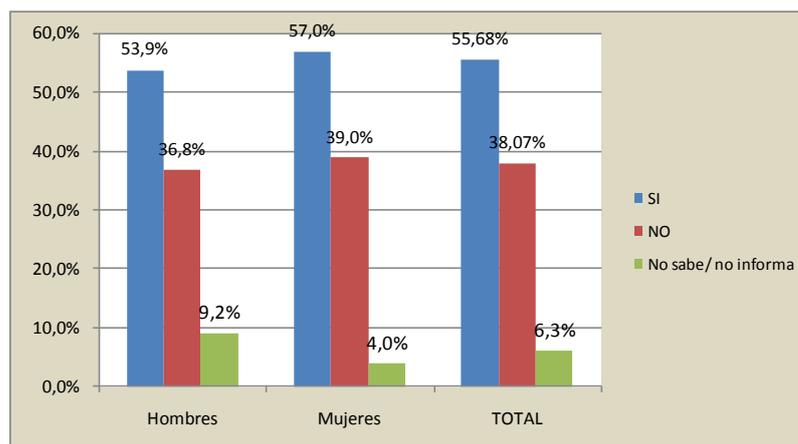


Figura 3-20

Autonomía para vestirse en residentes de CAAM

Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

La exploración de la autosuficiencia física también se realizó con otras preguntas que buscaban respuesta a la movilidad del individuo (figura 3-21), el 40.3 % respondió que se movilizaba sin ninguna ayuda, 47.7 % respondió que deambula con cierta dificultad, un 47.2 % respondió que utiliza bastón o apoyo técnico, un 26.7 % indicó que lo hace con ayuda de otra persona.

Con respecto a la inmovilización total, el 30.7 % respondió (o fue respondido por quienes los cuidaban) que estaba inmovilizado en cama y 53.4 % requiere cuidados especiales de enfermería.

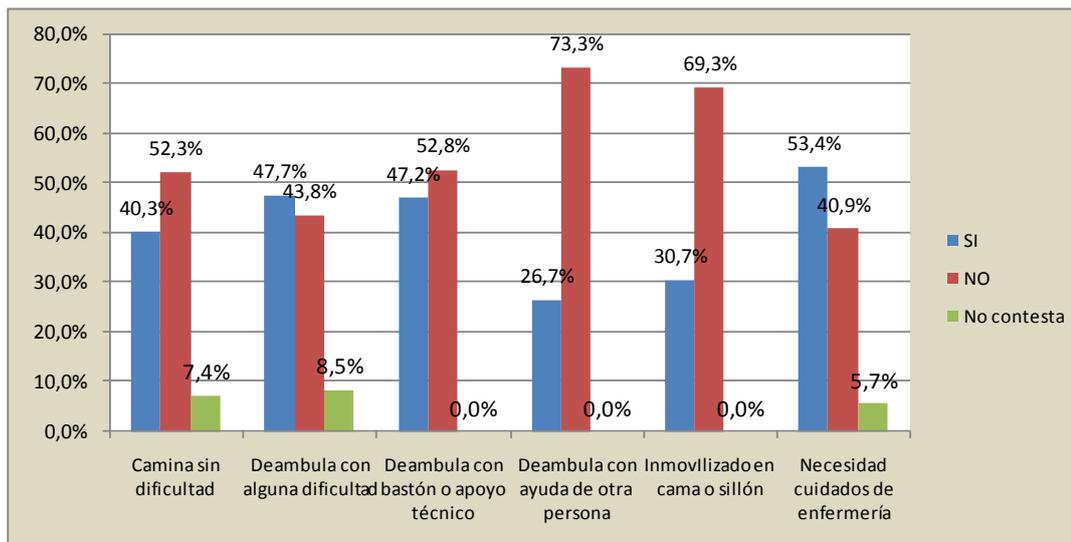


Figura 3-21
Autonomía física en residentes de CAAM

Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

3.9.4 Salud preventiva: Inmunizaciones

La población que respondió haber recibido vacunas (figura 3-22) para inmunización de anti influenza fue del 82.4 %, Neumocócica del 17.6 % y toxoide-tetánica también de 17.6 %;

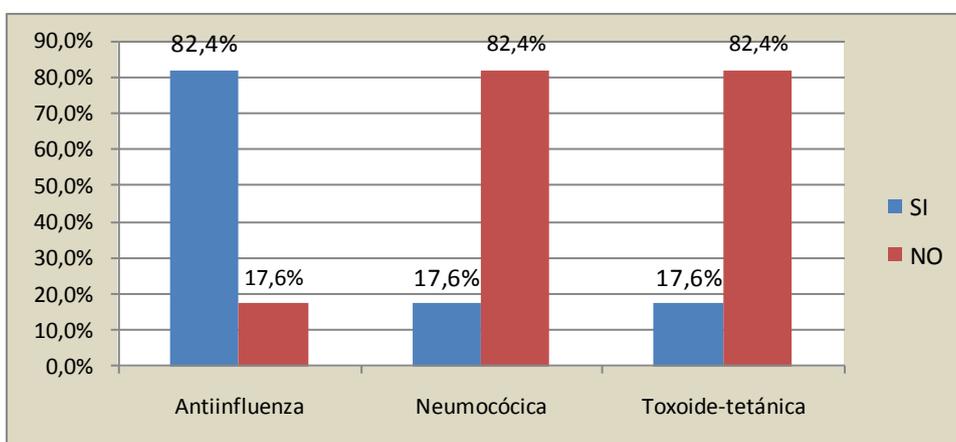


Figura 3-22
Vacunas preventivas en residentes de CAAM

Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

3.9.5 Hábitos

También se indagó sobre algunos hábitos de consumo (figura 3-23) tales como tabaco, alcohol, cafeína, psicotrópicos. La población con hábito de tabaquismo es el 18.8 %, alcoholismo afecta al 14.2 %, el consumo de cafeína incide en el 27.8 % y psicotrópicos al 6.3 %.

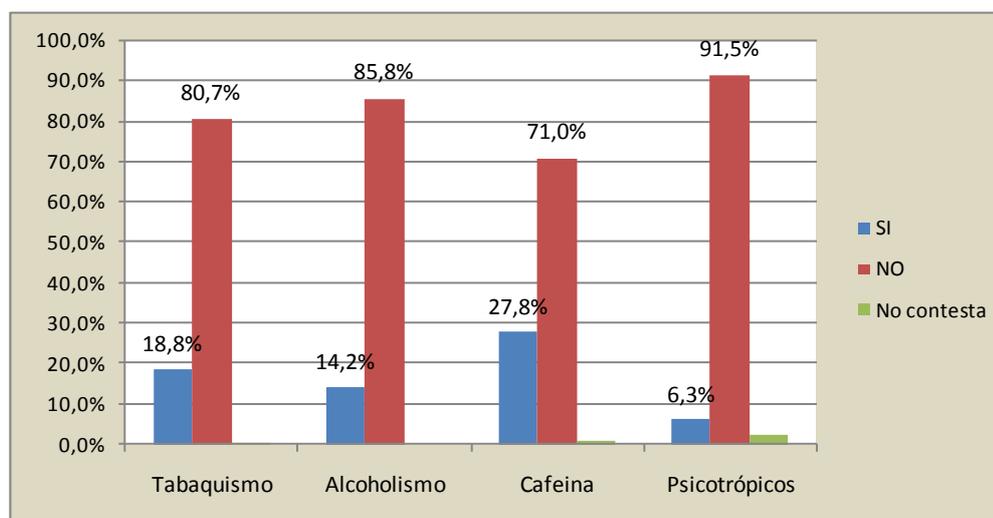


Figura 3-23
Hábitos en residentes de CAAM
 Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

3.9.6 Consumo de medicamentos

Sobre el consumo de medicamentos y vitaminas que se consume por día (figura 3-24), el 2.3 % de la población declaró no consumir, un 7.4 % indicó consumir un tipo, un 16.5 % consume dos tipos; el restante 73.8 % de la población consume más de tres tipos de medicamentos.

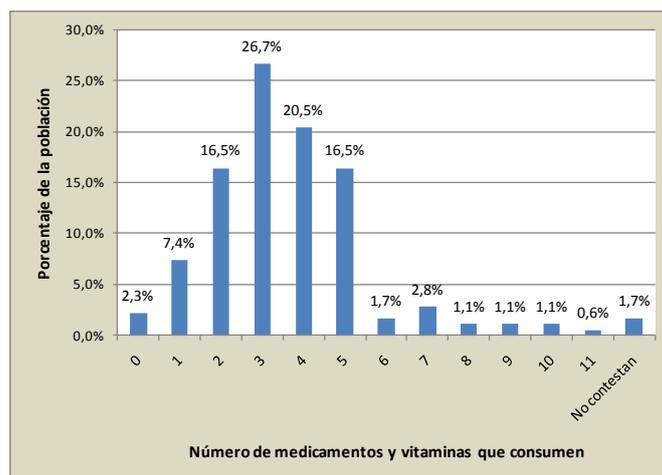


Figura 3-24
Consumo de número de medicamentos en residentes de CAAM
 Fuente: Encuesta tomada a usuarios del CAAM

3.9.7 Atención primaria de salud en CAAM tipo

Actualmente, el CAAM dispone de un sistema de atención de salud primaria, debidamente equipada con las siguientes áreas y recursos según lo sistematiza la tabla 3-4:

Tabla 3-4
Servicios existentes en CAAM

Área	Servicios	Talento humano
Médica	<ul style="list-style-type: none"> En consultorios Visitas a salas 	<ul style="list-style-type: none"> 1 médico clínico a tiempo completo 2 médicos clínicos a medio tiempo Total horas médico: 16 horas día.
Odontología	<ul style="list-style-type: none"> Profilaxis Extracciones 	<ul style="list-style-type: none"> 1 odontólogo a tiempo parcial (4 horas por semana)
Mecánica dental	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de piezas dentales 	<ul style="list-style-type: none"> Externo sobre pedidos
Rehabilitación física	<ul style="list-style-type: none"> Terapia física 	<ul style="list-style-type: none"> 2 profesionales en terapia física 1 Auxiliar en terapia física
Salud ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> Actividades orientadas fortalecer la motricidad fina, destrezas cognitivas 	<ul style="list-style-type: none"> Profesional en terapia física Auxiliar de terapia ocupacional
Psicología	<ul style="list-style-type: none"> Consultas 	<ul style="list-style-type: none"> Profesional a tiempo completo
Psiquiatría	<ul style="list-style-type: none"> Consultas 	<ul style="list-style-type: none"> Profesional a medio tiempo
Bienestar social	<ul style="list-style-type: none"> Investigación gerontológica 	<ul style="list-style-type: none"> Profesional en trabajo social Asistente de bienestar social

Existen otros servicios de salud como sala de observación que no corresponde a salud primaria por tanto, se omite en la descripción. Las observaciones del sistema de salud se

registran de manera sistematizada en la tabla 3-5 en que se indica el área o proceso analizado, la principal observación y los aspectos a mejorar que deberán considerarse en el diseño de la propuesta.

El sistema está liderado por una profesional en gerontología, pero el perfil requerido por cuanto se trata de una dirección de servicios de salud por tanto debería estar liderado por un profesional en salud con estudios en gerontología, de tal forma que se entienda la profundidad, cobertura y extensión de los servicios a partir de conocimientos especializados en salud.

Los registros de un residente deben ser integrales y disponibles para todos los usuarios de la información, más aun con una tecnología disponible y que en el CAAM disponen de la herramienta tecnológica aunque no de la aplicación específica, por ello actualmente solo tienen acceso a información parcial en función de áreas.

En enfoque actual es de salud curativa, aunque se realizan acciones aisladas de salud preventivas, no están enmarcadas en una estrategia de largo plazo y estructurada desde la prevención, por lo anterior es necesaria la incorporación de un plan de salud preventivo segmentado según niveles de prevención.

La salud oral es un aspecto crítico en el grupo etario debido a la edad acumulan problemas dentales como falta de piezas o enfermedades en la cavidad oral lo que deviene en una dificultad en la alimentación que deviene en cuadros clínicos de desnutrición. Por lo anterior se requiere fortalecer esta área y coordinar con mecánica dental, consecución de prótesis y nutrición.

La salud mental es otra de las áreas que requieren fortalecer, más aún cuando la evidencia empírica indica que un alto porcentaje de personas con edades por encima de los ochenta años

tienen problemas con enfermedades mentales como Alzheimer y otras; por ello se requerirá de mejorar la atención en cuanto a frecuencia y cobertura.

Por el número de residentes y el grupo vulnerable al que pertenece se requiere la incorporación de un profesional en nutrición para que en coordinación con el resto de área proporcione una dieta balanceada a los usuarios.

En los servicios de apoyo tales como de exámenes de laboratorio, imágenes y resonancia que son prestados por instituciones filiales del CAAM se requiere sea fluido para tener valoraciones de salud oportunas; para ello se requiere establecer un canal con sus encargados que imponga agilidad al proceso.

Tabla 3-5
Observaciones a gestión de los servicios de salud

Área/proceso	Principal observación	Aspectos a mejorar
Dirección integrada del área	Aunque existe una gerencia del área de salud su perfil es gerontológico cuando por los servicios debería tener un enfoque integral de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Implementar una gerencia del servicio de salud con competencia médica geriátrica; Establecer un consejo consultivo de salud que sea transversal a todo el CAAM, estaría conformado por el conjunto de profesionales del área.
Registro unificado de hoja clínica de residentes	Existen registros independientes, manuales y con enfoque administrativo sin facilidad de acceso integral a la hoja de vida del residente	Se debería incorporar una base de datos integral con acceso controlado por área de trabajo, sea esta administrativa, de nutrición, de salud, entre otras.
Salud preventiva (general)	Aunque cada residente tiene una revisión médica de por lo menos una vez al mes, es necesario fortalecer el área de salud preventiva tanto física como mental.	Establecer un plan de medicina preventiva con carácter de integralidad y estratificado (niveles de prevención)
Médica	Existe un control preventivo pasivo no reactivo.	Incorporar un control preventivo categorizado: <ul style="list-style-type: none"> Prevencción primaria, Prevencción secundaria Prevencción terciaria
Odontología	El profesional de odontología es de tiempo parcial (4 horas por semana). Los resultados de la encuesta indican que 67.5 % de los residentes tienen problemas de dientes o boca que dificulta la ingestión de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> Incorporar un profesional de odontología a tiempo completo. Establecer una campaña de captación de recursos para adquisición de prótesis dental para aquellos que así lo requieran y carezcan de recursos.
Psiquiatría	<ul style="list-style-type: none"> El profesional de psiquiatría es de dos horas al día. Un indicador relacionado es que alrededor del 80 % de los residentes recibe medicina psiquiátrica. 	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere incorporar por lo menos a un profesional a medio tiempo.
Psicología	<ul style="list-style-type: none"> 1 profesional de psicología a tiempo completo. Un indicador del año 2014: la cobertura de atención fue del 27 % con el profesional de planta y del 38 % con el apoyo de estudiantes de psicología, lo que deja un porcentaje 	<ul style="list-style-type: none"> Por la carga de residentes se requiere por lo menos de tres profesionales a tiempo completo.

	importante de falta de cobertura.	
Nutricionista	<ul style="list-style-type: none"> No existe un profesional en nutrición y dietética de planta Un indicador relacionado es el porcentaje de residentes con problemas de pérdida de peso involuntario (30.7 %) con mayor prevalencia en mujeres. 	<ul style="list-style-type: none"> Incorporar un nutricionista de planta Identificar causas de pérdida de peso involuntario en personas afectadas, mediante una profundización de la investigación.
Servicios de apoyo	La solicitud de exámenes de laboratorio o imágenes es ágil en casos de emergencia que demora un tiempo de alrededor de 48 horas; no así en otros casos que puede extenderse a semanas o meses inclusive.	Para acciones preventivas es necesario disminuir tiempo de respuesta de exámenes de laboratorio o imágenes solicitados.

Fuente. Entrevistas y observación

3.10 RESUMEN DEL ESTUDIO DE CAMPO

El estudio demostró que la mayoría de la población es del sexo femenino bajo un estatus administrativo de contribuyentes, general y pensionado; la edad promedio general es de 82.3 años, la desviación típica es de 9.2 años; la edad máxima de 106 y la mínima de 56, la mayoría son originarios de Guayaquil y con una antigüedad menor a 10 años en el CAAM.

La población hipertensa es ligeramente superior, uno de cada cinco tienen problemas de glucosa alta, poco antecedentes de infarto y de tiroidismo, existe una significativa incidencia de incontinencia urinaria en la población adulta, un gran cantidad de personas tiene problemas bucales que le impiden alimentarse adecuadamente que se evidencia en que uno de cada tres registre pérdida de peso involuntaria.

Es significativa la población con problemas auditivos, de la memoria, para conciliar el sueño. Un porcentaje importante presenta problemas de autosuficiencia física expresada en la capacidad de vestirse sin ayuda y moverse sin ayudas de algún tipo. El número de inmobilizados en cama no es bajo.

En cuanto a prevención la mayoría tiene vacuna anti influenza, otras vacunas en menor proporción, no existe incidencia significativa en los residentes de hábitos como el

tabaquismo, alcoholismo, cafeína y otros. El 73.8 % de la población consumo más de tres tipos de medicamentos.

En la parte de atención primaria de salud, el CAAM tiene un conjunto de profesionales para salud física y mental, aunque sus esfuerzos se orientan mayormente a lo curativo antes que a lo preventivo.

El aspecto integral de la gestión el área de salud primaria es una de los departamentos de servicios del Centro que está dirigido por un profesional en gerontología. Aunque existen planes de trabajo y estratégicos se requiere establecer dentro del plan estratégico unos específicos de salud primaria preventiva, así como indicadores de evaluación vinculados a costo eficiencia, costo-eficacia y de autonomía, entre otros.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA

4.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DEL CAAM

El Programa de Atención Primaria del CAAM estará dirigido a su colectivo de residentes indistinto de su estatus administrativo y está conformado por un conjunto de servicios en lo correspondiente a salud física, psíquica y social en los niveles de preventivo y curativo. Cabe destacar que lo que respecta al estatus administrativo indica que se trata de servicios que se prestan en igualdad de condiciones a los residentes. La segunda parte que no comprende solamente la salud física sino que se incorporan las otras áreas que le dan un carácter de integralidad al servicio y todo el paquete busca que los usuarios alcance un mayor bienestar en este ciclo de vida.

4.2 OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Aportar al mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor residente en el CAAM por medio de una atención primaria de salud integral con enfoque en la persona. Para alcanzar este objetivo primará valores y principios en el servicio tales como la capacidad reactiva, la proactividad, la agilidad de la atención y el manejo de esquemas de alerta.

4.3 COMPONENTES DEL SERVICIO

Tabla 4-1
Componentes del servicio

Componentes	Servicios específicos	Servicios de apoyo
Médico	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación geriátrica • Atención preventiva • Atención curativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio • Imagenología (Radiografías, tomografías, ecografías, etc.)
Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación nutricional • Asesoría nutricional • Observación nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de alimentos y bebidas
Psicología	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación psicológica • Atención psicológica 	
Psiquiatría	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración psiquiátrica • Seguimiento psiquiátrico 	
Gerontología	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración socio-gerontológica; • Seguimiento de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Información socioeconómica
Terapia física	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia física preventiva 	
Terapia recreativa y ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia recreativa y ocupacional 	

4.4 ASPECTOS LEGALES O ARREGLOS INSTITUCIONALES

El CAAM es parte de un conglomerado sin fines de lucro con enfoque en la salud, mismo que incluye Hospital de Especialidades que es uno de los más importante del país mismo que incluye toda una estructura de servicios como los servicios de apoyo que requiere el Programa; por tanto los arreglos institucionales solo se realizarán a nivel de coordinación entre entidades al interior del conglomerado institucional relacionado.

4.5 ASPECTOS ORGANIZACIONALES DEL SERVICIO

4.5.1 Organigrama del servicio

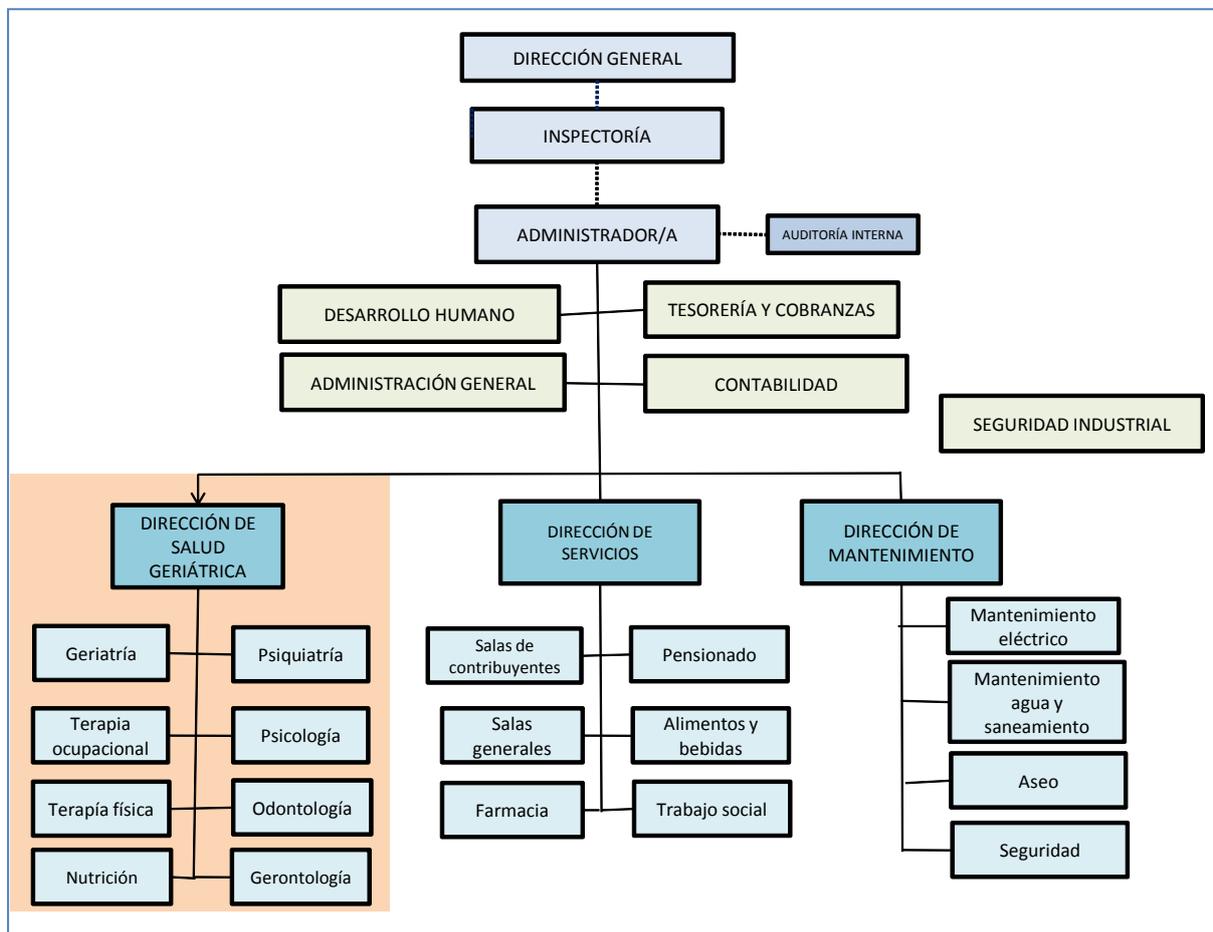


Figura 4-1
Organigrama propuesto de CAAM

Como lo ilustra la figura 4-1, un organigrama para el tipo de entidad y tipo de servicios presentaría a la institución dividida en tres áreas, una primera que es la denominada área de gobierno y está integrada por la dirección general, inspección y administración. La segunda área es la de apoyo conformada por el departamento de Desarrollo Humano, Administración general, Tesorería y cobranzas y Contabilidad. La tercera es el área de operaciones conformada por las direcciones de Salud Geriátrica, Servicios Complementarios y Mantenimiento. A continuación un desglose de las funciones de los departamentos del área de

salud que es el directamente involucrado con la propuesta.

Dirección de salud geriátrica: Aborda los servicios de salud de manera holístico con un enfoque integral en la persona con cobertura en ámbito social, físico y mental del adulto mayor. Está subdividido en los siguientes servicios: **i)** Medicina, **ii)** Terapia ocupacional; **iii)** Terapia física; **iv)** Psiquiatría; **v)** Psicología; **vi)** Odontología; y, **vii)** Gerontología.

4.5.2 Funciones y competencias requeridas por el talento humano de la Dirección de Salud Geriátrica

Aplica exclusivamente al área de salud geriátrica y se define el diseño del puesto en cuanto a funciones y competencias requeridas. Cabe destacar que un adecuado diseño del puesto permite en primer lugar que subprocesos tales como reclutamiento y selección de personal se realice con este instrumento y no basado en percepciones de quien lo realiza o de manera intuitiva por el funcionario de turno.

Otro referente de este puesto es que permitirá medir cargas de trabajo para según eso estar atento cuando el puesto esté recargado lo que disminuirá la calidad de la prestación a los usuarios sean internos o externos.

A continuación se incorporan un detalle de diseño de puestos para cada uno de las áreas que conforman Atención primaria de salud del CAAM:

Tabla 4-2
Diseño de puesto de director de salud geriátrica

Departamento	Dirección de Salud geriátrica	
Cargo:	Director de salud Geriátrica	
Número de puestos:	1 a tiempo completo	
Reporta a:	Administrador/a	
Dirige/supervisa a:	Servicios médico-gerontológicos según organigrama	
Funciones:	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección del departamento de Salud Geriátrica; • Elaborar planes anuales integrales de salud; • Diseñar servicios de salud; • Establecer protocolos de prestación de servicios; • Coordinar con entidades socias de servicios de apoyo; • Coordinar con farmacia; • Realizar seguimiento periódico de compromisos de calidad del servicio; • Asesorar a la entidad en el tema de salud geriátrica; • Impartir charlas a personal de cuidado al adulto mayor; • Supervisar a profesionales prestadores de servicios de salud; 	
Competencias personales	Nivel académico	Experiencia
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: Indistinto • Edad: Indistinta • Habilidades para resolución de conflictos • Habilidades organizativas • Habilidades de planificación • Delegación y control • Habilidades de motivación • Facilidad de interrelaciones personales • Alto perfil de liderazgo participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Título en medicina general. • Título en medicina interna. • Especialidad o maestría en Geriátria • Cursos de formación continua en geriatría. • Postgrado en gestión de servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 años liderando grupos multidisciplinarios en salud • 4 años de experiencia en medicina general • 2 años de experiencia en medicina geriátrica

Este puesto ejerce el liderazgo en el área de salud primaria del CAAM y lo ejerce sobre un equipo multidisciplinario tanto en lo biológico, mental y social, por tanto es importante su formación y perfil personal en cuanto a sus dotes de liderazgo participativo.

Tabla 4-3
Diseño de puesto de médico clínico de salud geriátrica

Departamento	Dirección de Salud geriátrica	
Cargo:	Médico clínico	
Número de puestos:	2 a tiempo completo	
Reporta a:	Dirección de salud geriátrica	
Dirige/supervisa a:	Internos de medicina y/o médicos residentes	
Funciones:	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar servicios de salud en consultorio; • Prestar servicios de salud mediante visitas a salas; • Derivar pacientes a otros servicios de salud de la entidad según necesidad del cuadro clínico. 	
Competencias personales	Nivel académico	Experiencia
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: Indistinto • Edad: Indistinta • Análisis objetivo de problemas y toma de decisiones • Habilidades organizativas • Habilidades de planificación • Habilidades de motivación • Facilidad de interrelaciones personales • Pensamiento analítico y conceptual 	<ul style="list-style-type: none"> • Título en medicina general • Especialidad en medicina clínica/interna • Cursos de formación continua en geriatría. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 años de experiencia en medicina clínica • 2 años de experiencia en clínica para adultos mayores.

Estos puestos son ejercidos por médicos clínicos, la formación continua y la inclinación real a trabajar con adultos mayores es el principal elemento a identificar en el proceso de entrevistas.

Tabla 4-4
Diseño de puesto de Terapeuta ocupacional

Departamento	Dirección de Salud geriátrica	
Cargo:	Terapia ocupacional	
Número de puestos:	1 a tiempo completo	
Reporta a:	Dirección de salud geriátrica	
Dirige/supervisa a:	Auxiliar de terapia ocupacional	
Funciones:	<ul style="list-style-type: none"> • Diseña plan anual de actividades de terapia recreativa y ocupacional; • Dirige y ejecuta plan anual de actividades de terapia recreativa y ocupacional; • Coordina con personal voluntario; 	
Competencias personales	Nivel académico	Experiencia
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: Indistinto • Edad: Indistinta • Análisis objetivo de problemas y toma de decisiones • Habilidades organizativas • Habilidades de planificación • Habilidades de motivación • Facilidad de interrelaciones personales 	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en terapia ocupacional • Cursos de formación continua en terapia ocupacional relacionada con geriatría. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 años de experiencia en terapia ocupacional • 1 año de experiencia en terapia ocupacional con adultos mayores.

La terapia ocupacional aporta de manera importante en la salud mental al realizar actividades que aportan sentido y ejercitan la motricidad fina del adulto mayor, por tanto una faceta de la personalidad que se deberá buscar en el profesional es la capacidad de interrelación positiva con los pacientes.

Tabla 4-5
Diseño de puesto de Terapeuta físico

Departamento	Dirección de Salud geriátrica	
Cargo:	Terapia física	
Número de puestos:	1 a tiempo completo	
Reporta a:	Dirección de salud geriátrica	
Dirige/supervisa a:	Auxiliar de terapia física	
Funciones:	<ul style="list-style-type: none"> • Diseña plan de terapia física preventiva según perfil de residentes; • Dirige los servicios de terapia física, • Mantiene un registro de actividades de los usuarios; • Registra indicadores de evolución de los usuarios. 	
Competencias personales	Nivel académico	Experiencia
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: Indistinto • Edad: Indistinta • Análisis objetivo de problemas y toma de decisiones • Habilidades organizativas • Habilidades de planificación • Habilidades de motivación • Facilidad de interrelaciones personales • Pensamiento analítico y conceptual 	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en terapia física • Cursos de formación continua en terapia física relacionada con geriatría, ciclo de vida y prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 años de experiencia en terapia física • 2 años de experiencia en terapia física con adultos mayores.

La terapia física ayuda a mantener la capacidad y la tonicidad muscular, por tanto se requerirá que todos los residentes realicen algún tipo de terapia física de tipo integral.

Tabla 4-6
Diseño de puesto de psiquiatra

Departamento	Dirección de Salud geriátrica	
Cargo:	Psiquiatra	
Número de puestos:	1 a tiempo completo	
Reporta a:	Dirección de salud geriátrica	
Dirige/supervisa a:	Estudiantes de psiquiatría en prácticas	
Funciones:	<ul style="list-style-type: none"> • Elabora planes de atención psiquiátrica; • Realiza seguimiento permanente de pacientes bajo su control; • Consulta de pacientes. 	
Competencias personales	Nivel académico	Experiencia
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: Indistinto • Edad: Indistinta • Análisis objetivo de problemas y toma de decisiones • Habilidades organizativas • Habilidades de planificación • Habilidades de motivación • Facilidad de interrelaciones personales • Pensamiento analítico y conceptual 	<ul style="list-style-type: none"> • Grado en medicina interna • Especialidad en psiquiatría clínica o psiquiatría geriátrica • Cursos de formación continua en psiquiatría relacionada con geriatría, ciclo de vida, prevención o patologías relacionadas con el envejecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 años de experiencia en psiquiatría • 2 años de experiencia en psiquiatría con adultos mayores.

Dadas las estadísticas de una relación directa entre edad y patologías mentales, se requerirá un permanente monitoreo a los residentes en esta área; el área de psiquiatría aportará de manera significativa a mitigar las dolencias en los pacientes.

Tabla 4-7
Diseño de puesto de psicólogo

Departamento	Dirección de Salud geriátrica	
Cargo:	Psicólogo/a	
Número de puestos:	2 a tiempo completo	
Reporta a:	Dirección de salud geriátrica	
Dirige/supervisa a:	Estudiantes de psicología en prácticas	
Funciones:	<ul style="list-style-type: none"> • Establece planes periódicos de atención psicológica; • Elabora perfiles psicológicos de usuarios; • Atiende consulta psicológica a usuarios; • Establece actividades grupales de terapia psicológica. 	
Competencias personales	Nivel académico	Experiencia
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: Indistinto • Edad: Indistinta • Análisis objetivo de problemas y toma de decisiones • Habilidades organizativas • Habilidades de planificación • Habilidades de motivación • Facilidad de interrelaciones personales • Pensamiento analítico y conceptual 	<ul style="list-style-type: none"> • Título de grado en psicología clínica • Especialidad en psicología clínica o geriátrica • Cursos de formación continua en psicología relacionada con geriatría, ciclo de vida, prevención o patologías relacionadas con el envejecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 años de experiencia en psicología • 2 años de experiencia en psicología para adultos mayores.

A la par del psiquiatra el área de psicología buscará aportar al beneficio de los pacientes con un acercamiento al bienestar mental, un aspecto clave en el perfil es la especialización e inclinación personal a trabajar con adultos mayores.

Tabla 4-8
Diseño de puesto de odontólogo

Departamento	Dirección de Salud geriátrica	
Cargo:	Odontólogo/a	
Número de puestos:	1 a tiempo completo	
Reporta a:	Dirección de salud geriátrica	
Dirige/supervisa a:	Estudiantes de odontología en prácticas	
Funciones:	<ul style="list-style-type: none"> • Elabora planes periódicos de salud dental preventiva; • Atiende consultas de salud dental; • Deriva pacientes con mecánico dental. 	
Competencias personales	Nivel académico	Experiencia
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: Indistinto • Edad: Indistinta • Análisis objetivo de problemas y toma de decisiones • Habilidades organizativas • Habilidades de planificación • Habilidades de motivación • Facilidad de interrelaciones personales • Pensamiento analítico y conceptual 	<ul style="list-style-type: none"> • Título de grado en odontología • Especialidad en odontología clínica o geriátrica • Cursos de formación continua en odontología relacionada con geriatría, ciclo de vida, prevención o patologías relacionadas con el envejecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 años de experiencia en odontología • 2 años de experiencia en odontología para adultos mayores.

Este puesto de odontología trabaja en estrecha relación con mecánica dental y nutricionista, debido a las particulares condiciones de la población que atenderá, es importante su nivel de coordinación con los colegas.

Tabla 4-9
Diseño de puesto de gerontólogo

Departamento	Dirección de Salud geriátrica	
Cargo:	Gerontólogo	
Número de puestos:	1 a tiempo completo	
Reporta a:	Dirección de salud geriátrica	
Dirige/supervisa a:	Asistente de gerontología	
Funciones:	<ul style="list-style-type: none"> • Elabora perfiles socio-gerontológicos del usuario; • Elabora sugerencias en planes de prevención y para atención individual; • Coordina con trabajo social; 	
Competencias personales	Nivel académico	Experiencia
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: Indistinto • Edad: Indistinta • Análisis objetivo de problemas y toma de decisiones • Habilidades organizativas • Habilidades de planificación • Habilidades de motivación • Facilidad de interrelaciones personales • Pensamiento analítico y conceptual 	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura en gerontología. • Cursos de formación continua en análisis de entorno y planes de prevención para el adulto mayor 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 años de experiencia en gerontología

Este puesto trabaja en estrecha relación con todas las áreas médicas, desencadena el proceso y debe mostrar alta acuciosidad para profundizar y establecer todo un perfil del adulto mayor residente de tal forma que se pueda atenderlo según sus necesidades.

Tabla 4-10
Diseño de puesto de nutricionista

Departamento	Dirección de Salud geriátrica	
Cargo:	Nutricionista	
Número de puestos:	1 a tiempo completo	
Reporta a:	Dirección de salud geriátrica	
Coordina:	Servicios complementarios/cocina	
Funciones:	<ul style="list-style-type: none"> • Revisa situación de riesgo de pacientes derivados; • Elabora dietas alimenticias por perfil de usuarios y por perfil patológico individual; • Coordina con alimentos y bebidas el cumplimiento de sugerencias; • Coordina con servicios complementarios. 	
Competencias personales	Nivel académico	Experiencia
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: Indistinto • Edad: Indistinta • Análisis objetivo de problemas y toma de decisiones • Habilidades organizativas • Habilidades de planificación • Habilidades de motivación • Facilidad de interrelaciones personales • Pensamiento analítico y conceptual 	<ul style="list-style-type: none"> • Título de tecnólogo en nutrición y dietética. • Cursos de formación continua en temas relacionados con adultos mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 años de experiencia en nutrición y dietética

El puesto de nutricionista trabajará de manera concertada con las áreas de medicina clínica y odontología, para seguir la instrucción y otorgar al residente una dieta acorde a sus necesidades y estado de salud.

4.5.3 Vinculación del sistema de APS con otras áreas institucionales.

El sistema de salud primaria se vincula directamente con el área de trabajo social de servicios complementarios y con el área de cuidadores de las salas de acuerdo al siguiente detalle:

Trabajo social: Inicia el proceso de información de los solicitantes de los servicios de hospedaje quienes captan información básica del residente y en los casos que se solicite tarifa de contribuyente o de general se procede a una calificación socio-económica para calificar la pertinencia de la solicitud, este constituye parte de la información básica para el análisis gerontológico.

Salas de general y salas de contribuyentes: El personal de esta sala es el encargado del cuidado de los residentes, en calidad de cuidadores y de auxiliares de enfermería, este personal recibe capacitación de parte del área médica para mayor eficacia del servicio.

En un residencia de adultos mayores, donde un mayor porcentaje están inmovilizados por salud quebrantada y otros tienen alguna inmovilidad parcial el área de servicios de salud primaria es crítica y se articularía con toda la entidad como una especie de asea consultiva.

4.6 ASPECTOS TÉCNICOS

4.6.1 Proceso de prestación del servicio de APS

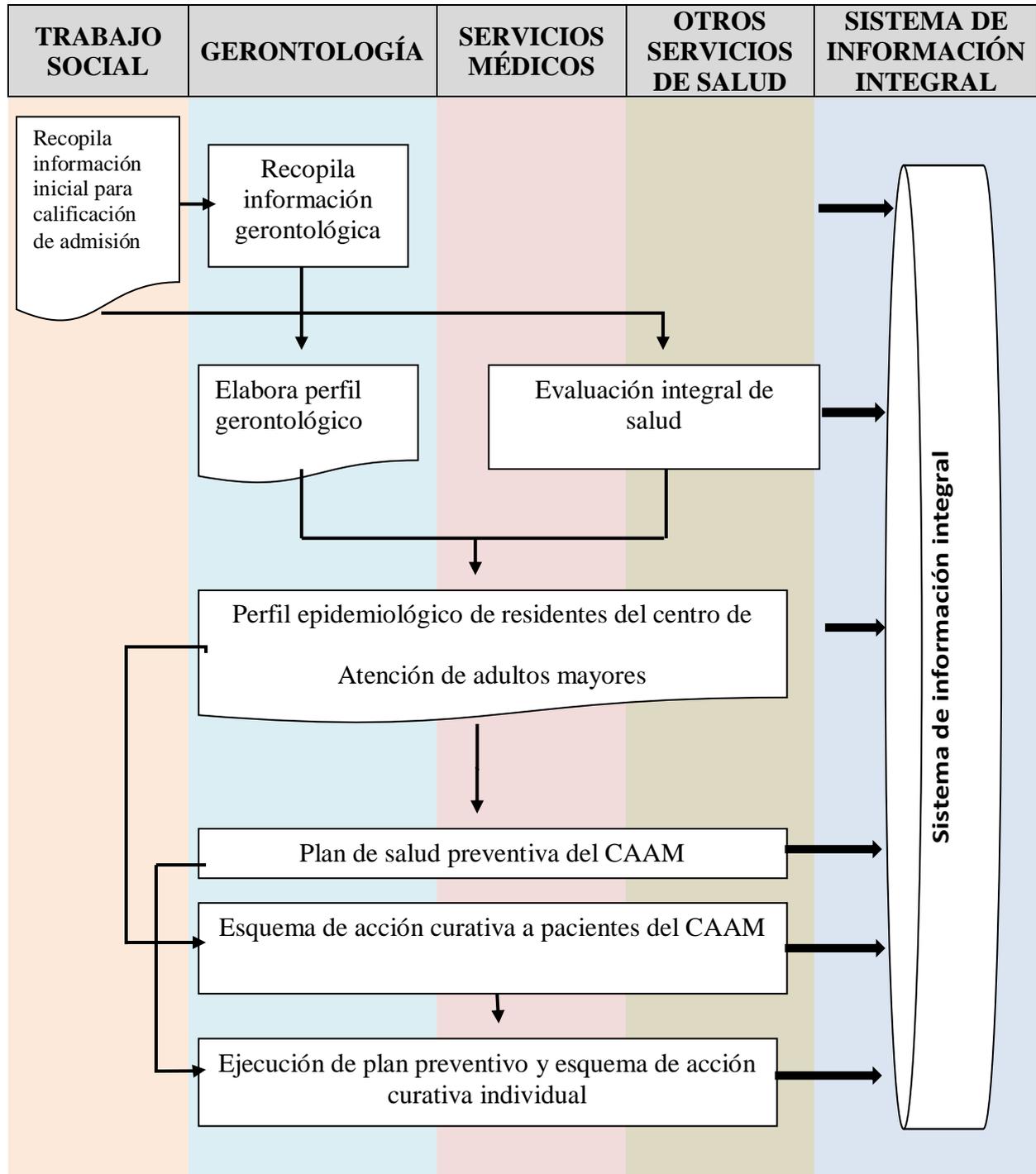


Figura 4-2
Descripción de Macro procesos de CAAM

Recopilación de información inicial para admisión: Este macro actividad a cargo de trabajo social es la base de la información del usuario del Centro y posteriormente y del servicio de salud geriátrica.

Recopilación de información gerontológica: Actividad a cargo de gerontología se encarga de la recopilación de más información individual, familiar, social, económica y de antecedentes de calidad de vida del adulto mayor.

Elaboración del perfil gerontológico: Con la información anterior, se realiza el perfil gerontológico del adulto mayor y se realizan sugerencias para su salud integral.

Evaluación integral de salud física y mental: Se realiza una evaluación integral de la salud física y mental del adulto mayor, con el concurso de los servicios de salud geriátrica, odontología, nutrición, psicología y psiquiatría.

Perfil epidemiológico: Con los insumos recopilados se elabora un perfil epidemiológico de residentes del CAAM.

Plan de salud preventiva del CAAM: El plan de salud preventiva contiene un plan de salud individual atendiendo los niveles de: **i)** prevención primaria; **ii)** prevención secundaria; y, **iii)** prevención terciaria.

Esquema de acción curativa a pacientes del CAAM: En aquellos casos que se requiera una acción curativa se dispondrá de un esquema de acción curativa.

Ejecución de los planes: La ejecución de los planes se compone de un flujo de consultas individuales y retroalimentación del proceso.

Sistema de información integral: La herramienta de apoyo es un administrador informático que sistematiza la información y permite tener perfiles epidemiológicos en tiempo real,

además de información específica del estado de salud del residente.

4.6.2 Proceso de servicios conexos provistos por otras áreas institucionales e interinstitucionales,

Los servicios conexos claves del servicio de atención primaria de salud se describen en la tabla 4-11, a continuación:

Tabla 4-11
Servicios conexos con atención primaria de salud

Descripción	Servicio
Intrainstitucional	<p><i>Servicios de cuidado del adulto mayor.</i> Es provisto por la dirección de servicios del Centro, es un observador calificado mismo que registrará en el sistema de información las novedades relevantes a la salud y bienestar del paciente.</p> <p><i>Servicio de alimentos y bebidas:</i> Es el área que se encarga de la preparación y distribución de alimentos, mismo que sigue las instrucciones del nutricionista del área de salud.</p> <p><i>Farmacia:</i> la provisión de insumos farmacéuticos está a cargo de la dirección de servicios, recibe instrucciones sobre tipo de medicamentos y demanda de los mismos desde la dirección de Salud Geriátrica.</p>
Interinstitucional	<p>Exámenes de laboratorio: Es un servicio que se ofrece desde entidades especializadas tales como los laboratorios de hospitales o laboratorios particulares.</p> <p>Imagenología: Servicios especializados que se ofrece desde entidades especializadas y con el equipo técnico necesario.</p>

4.7 MATRIZ DE RIESGOS

Tabla 4-12
Matriz de riesgo

RIESGO	Aparición probabilidad	Gravedad (Impacto)	Valor del Riesgo	Nivel de Riesgo
Insuficiente información previa del usuario	4	20	80	Muy alto
Perfil gerontológico no adecuadamente evaluado	3	15	45	Muy alto
Evaluación parcial de la salud	2	10	20	Alto
Inadecuado plan de salud preventivo	2	10	20	Alto
Insuficiente ejecución del plan de acción preventiva	3	15	45	Muy alto

La tabla 4-12 presenta la matriz de riesgo en lo que respecta a la atención primaria de salud a adultos mayores, presenta de manera resumida y cuantificada y áreas críticas para la implementación de la propuesta, categorías de importante muy alto y alto. En la primera categoría no se debe iniciar el proyecto sin medidas de mitigación y preventivas y en segundo nivel se requiere un plan de medidas preventivas.

Dentro de la categoría Muy alto está la insuficiente información previa del usuario, en este caso se requiere garantizar que cada usuario tendrá una adecuada información de antecedentes. En el segundo caso el perfil gerontológico debe estar adecuadamente evaluado para disminuir el riesgo y en el tercer caso sobre la acción de salud preventiva, sino se cumple no existirán cambios sustantivos.

4.8 PRESUPUESTO

4.8.1 Inversión inicial

Se los realiza al inicio de la implementación del servicio, equivale al activo fijo tales como mobiliario, equipo de cómputo, equipo de consultorios y apoyo técnico.

Tabla 4-13
Presupuesto de inversión inicial

No.	Descripción	Valor anual	Participación
1	Mobiliario	6.050,00	15,8%
2	Equipo de cómputo	12.360,00	32,2%
3	Consultorio e instalaciones	19.970,00	52,0%
TOTAL GENERAL		38.380,00	100,0%

El total requerido para el montaje del servicio de atención primaria (tabla 4-13) será de US\$ 38.380, de esto el 15.8 % es para mobiliario, 32.2 % para equipo de cómputo y 52 % para consultorio e instalaciones.

4.8.2 Gasto corriente

El gasto corriente es el costo mensual que implica la provisión del servicio, se compone principalmente de sueldos del personal, servicios básicos y apoyo administrativo.

Tabla 4-14
Presupuesto de gasto corriente

No.	Descripción	Valor mensual	Valor anual	Participación
1	Personal	24.408,13	292.897,50	94,50%
2	Servicios básicos	500,00	6.000,00	1,94%
3	Apoyo administrativo	600,00	7.200,00	2,32%
4	Depreciación de activo fijo		3.838,00	1,24%
TOTAL GENERAL		25.508,13	309.935,50	100,00%

El total mensual requerido para mantener la provisión del servicio (tabla 4-14) sería de US\$ 25.508,13 equivalente a US\$ 306.097,50 por año, de esto el 95.69 % será para gastos de personal, 1.96 % para servicios básicos y 2.35 % para apoyo administrativo.

4.8.3 Costo promedio del servicio

Tabla 4-15
Costo promedio del servicio

No.	DESCRIPCIÓN	Promedio paciente (US\$)
1 DIRECCIÓN		
1,1	Promedio costo paciente	11,03
2 MEDICINA		
2,1	Promedio costo paciente	19,84
3 TERAPIA OCUPACIONAL		
3,1	Promedio costo paciente	5,51
4 TERAPIA FÍSICA		
4,1	Promedio costo paciente	5,51
5 NUTRICIÓN		
5,1	Promedio costo paciente	2,93
6 PSIQUIATRÍA		
6,1	Promedio costo paciente	7,92
7 PSICOLOGÍA		
7,1	Promedio costo paciente	5,78
8 ODONTOLOGÍA		
8,1	Promedio costo paciente	7,21
9 GERONTOLOGÍA		
9,1	Promedio costo paciente	4,00
TOTAL GENERAL		72,88

Los costos promedios del servicios se los presenta en la tabla 4-15, mismos que representan el valor promedio considerando una población de 350 pacientes que es el número promedio de utilización de la capacidad instalada según información de entrevistas, el costo de mantener el servicio de atención primaria de salud por mes sería de US\$ 72.88 por paciente.

4.8.4 Cuantificación monetaria de beneficios esperados

Por el tipo de servicio y la población que no está en edad de trabajar, el beneficio es incuantificable en términos monetarios, pero en términos de bienestar se busca que su calidad de vida con origen en el factor salud se incremente significativamente conforme el cuadro de evaluación de seguimiento del servicio.

No obstante lo anterior para establecer una relación costo beneficio referencial y no determinante de la implementación se recurriría a tres elementos de ahorro tanto para la institución de cuidado como para la economía de los adultos mayores en los casos que autofinancien sus gastos (tabla 4-16).

Tabla 4-16
Cuantificación monetaria de beneficios

Descripción	Número de personas	Unidades por año	Costo unidad (US\$)	Total año (US\$)	Ahorro estimado año (%)	Ahorro estimado año (US\$)
Horas de cuidadores institución	58	122.496	2,78	340.970,40	30%	102.291,12
Horas de cuidadores particulares a tiempo completo (50 % inmovilizados)	52,5	110.880	2,78	308.637,00	50%	154.318,50
Días de consumo polifarmacia (+3 medicamentos/día)	217	79.205	2,00	158.410,00	50%	79.205,00
TOTAL BENEFICIOS CUANTIFICADOS EN US%						335.814,62

Fuente: Matriz de evaluación

En términos concretos el plan de salud primaria preventiva debe orientarse a incrementar el número de adultos mayores que tengan autonomía física que actualmente está en alrededor del 40% y un 30 % está totalmente inmovilizado; otro factor de ahorro es la disminución de la polifarmacia.

Se espera que con el plan y el incremento de la autonomía física se ahorre alrededor del 30 % del tiempo de cuidadores del CAAM lo cual ascendería a un valor anual de US\$ 102.291,12; en horas de cuidadores particulares el ahorro sería de un 50% que es el valor que pagan directamente los residentes, la disminución sería por US\$ 154.318,50 y el ahorro en 50% de disminución de medicamentos calculada en US\$ 2,00 diarios sería por US\$ 79.205. Todo lo anterior supondría un ahorro neto anual de US\$ 335.814,62.

4.8.5 Viabilidad de la propuesta

Para establecer la viabilidad financiera se tomaría como indicador la relación costo-beneficio y el financiamiento del servicio.

Relación costo-beneficio: La relación costo beneficio (tabla 4-17) es de US\$ 0.9229, lo que implica que por cada dólar de beneficio el costo asciende a US\$ 0.92, lo que indica que está

perfectamente cubierto el costo con respecto a los beneficios.

Tabla 4-17
Relación costo-beneficio

Descripción	Valor US\$
Ingreso anual US\$	335.814,62
Costo anual US\$	309.935,50
Relación costo/beneficio US\$	0,92293629

Viabilidad de la propuesta: La viabilidad integral de la propuesta se la analizaría desde los siguientes factores:

Según la necesidad, se reconoce en múltiples investigaciones de la necesidad de una atención primaria de salud para adultos mayores, debido a la vulnerabilidad de este momento del ciclo de vida.

El enfoque de derechos, se obligación de la sociedad (en todos sus niveles) proveer de servicios para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Según el enfoque técnico, las instituciones ya disponen de un servicio de asistencia de salud primaria, sea esta de planta o independiente; así mismo existe una oferta de talento humano según los requerimientos profesionales.

El enfoque organizativo, existe las formas organizativas desde lo legal y desde lo interno para ofrecer el servicio en términos de eficacia y eficiencia.

Según el financiamiento, este tipo de servicios deberá tener una estructura combinada, según los siguientes elementos: **i)** una parte directamente financiada por el usuario, que aplica en aquellos casos que tengan ingresos sea por jubilación propia o por cofinanciamiento de la familia; **ii)** Financiamiento parcial por el usuario/familia; **iii)** El otro porcentaje será financiado por diversas formas de asistencia pública (Estado, ONG, Iglesia, etc.).

4.9 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA ADULTOS MAYORES

Todo sistema requiere ser permanentemente evaluado para conocer si está cumpliendo los objetivos trazados en su diseño, además de tomar lectura de su avance para su retroalimentación o ajustes en el caso de sobre y subdimensionamiento, para que exista objetividad en la evaluación se deberá medir el avance por medio de indicadores, mismos que deberán cumplir su mensurabilidad en cuanto a cumplimiento en tiempo, en unidades, etc.

Para este caso los indicadores se traza, algunos de ellos en función de un nivel de salud esperado o en su defecto de uno de mitigación según sea el caso, mismos que configurarían la calidad del servicio.

4.9.1 Matriz de indicadores de evaluación

Para la construcción de la matriz de evaluación de los servicios se deberá considerar que alrededor del 20 % de los pacientes están postrados, por tanto será viable el alcance de indicadores hasta en un 80 % de la población del CAAM, según detalle de tabla 4-18. La matriz presenta un conjunto de indicadores de calidad del servicio que se debería alcanzar para una valoración de avance, partiendo de un periodo de tiempo trimestral, un estimado de avance acumulado por trimestre hasta alcanzar el máximo deseado.

Tabla 4-18
Matriz de indicadores de evaluación

INDICADORES	TRIMESTRES				MEDIO DE VERIFICACIÓN
	1er	2do.	3er.	4to.	
Calidad					
Satisfacción del servicio de salud	20%	40%	60%	70 %	Encuesta periódica de satisfacción del servicio
Perfil epidemiológico actualizado del CAAM	100%	100%	100%	100%	Documento perfil epidemiológico
Plan de prevención primaria	100%	100%	100%	100%	Plan
Plan individual de prevención secundaria	100%	100%	100%	100%	Plan
Plan individual de prevención terciaria	100%	100%	100%	100%	Plan
Residentes con presión arterial controlada	100%	100%	100%	100%	Documento perfil epidemiológico
Residentes con diabetes Mellitus controlada	100%	100%	100%	100%	Documento perfil epidemiológico
Residentes con dislipidemias controladas	100%	100%	100%	100%	Documento perfil epidemiológico
Incontinencia urinaria	40 %	35%	30%	25%	Documento perfil epidemiológico
Residentes con problemas para comer por factores dentales	60 %	55%	50%	45%	Documento perfil epidemiológico
Pacientes con valoración auditiva y visual	25%	50%	75 %	100%	Documento perfil epidemiológico
Pacientes con problemas para conciliar el sueño	65%	60%	55%	50%	Documento perfil epidemiológico
Pacientes con requerimiento de ayudas técnicas satisfechas	25%	50%	75%	100%	Documento perfil epidemiológico
Pacientes con incremento de autonomía física	0%	25%	30%	50%	Documento perfil epidemiológico
Disminución de polifarmacia	25%	30%	40%	50%	Informe de farmacia
Pacientes con aplicación de inmunizaciones sugeridas para el grupo etario	25%	50%	75%	100%	Documento perfil epidemiológico

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- A la fecha el grupo etario de adultos mayores o también conocido como la tercera edad es parte de la preocupación académica, de la política pública, todo esto a partir del reconocido progresivo envejecimiento de la población generada por la extensión de la esperanza de vida y de la disminución de la natalidad, aspectos que están en relación directa con el nivel de ingreso per cápita o nivel de desarrollo de la sociedad. Todo lo anterior alienta la preocupación de la sociedad por generar y procurar mejor calidad de vida en ese momento del ciclo del ser humano, por lo que existe una especialización de la medicina como es la geriatría y un importante conjunto de estudios para establecer determinantes de salud en ese momento del ser humano.
- En el caso de Ecuador existe una Guía de servicios de salud primaria para adultos mayores, también una guía para la gestión de los Centros del Buen Vivir en que se considera la atención primaria de salud; todo está respaldado por impulsos claros de la OMS para promover la salud del adulto mayor.
- Se realizó un diagnóstico de caracterización de la población adulta mayor y del perfil epidemiológico del CAAM tipo, en este se evidencia la situación de un centro que aunque tiene una gestión que busca mejorar cada día, los recursos limitados pueden ser obstáculos para ofrecer prestaciones integrales de salud.
- El diseño de un sistema de salud para atención primaria de salud para un CAAM tipo debe tener su enfoque holístico de la salud del adulto mayor basada en el cuerpo mente y

entorno social y su objetivo es el ser humano no el servicio y debe basar su trabajo por niveles de salud preventiva.

- Los CAAM basan tienen un enfoque gerontológico en la gerencia, no obstante ello, el área de atención primaria de salud debe tener una gerencia basada en lo médico-geriátrico, mismo que tendrá la capacidad de dar un enfoque de salud integral al sistema.

RECOMENDACIONES

- En Ecuador el grupo de adultos mayores es un segmento de la población catalogada como vulnerable aunque existe poca investigación sobre su salud, ya que la encuesta del adulto mayor del INEC está desactualizada, por tanto es recomendable que desde la esfera pública se trabaje más por su visibilización en las estadísticas y en inversión en estudios además de especialidad académica en geriatría.
- Las instituciones que tienen una amplia trayectoria en los temas de salud y adultos mayores deberían difundir su experiencia por medio de difusión de información específica que permita conocer más a este grupo etario.
- Las instituciones de atención social requieren que la información de su población objetivo sea sistematizada mediante su digitalización y administración por medio de un software que reciba los datos actualizados de tal forma que previo análisis se permita retroalimentar y monitorear la eficacia de su intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, D., Sweeney, D., & Williams, T. (1999). *Estadística para administración y economía* (Séptima ed.). (V. Gonzalez, Trad.) México: International Thomson.

Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución Política de la República del Ecuador*. Montecristi: Asamblea Constituyente.

Barahona, Planck. (2011). Factores determinantes de la esperanza de vida en Chile. *Scielo* , 255-259.

Brook RH, M. G. (2000).

Campos-Navarro, R., Afganis-Juarez, N., & Torrez, D. (2006). Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sudeste de México. *Medigraphic* , 8, 131-136.

Congreso Nacional. (2006). *Ley del Anciano*. Quito: Congreso Nacional.

Congreso Nacional. (2006). *Ley Orgánica de Salud*. Quito: Congreso Nacional.

Congreso Nacional. (1998). *Ley que regula a las empresas privadas de salud y medicina prepagada*. Quito: Congreso Nacional.

Díaz, V., Díaz, I., Rojas, G., & Novogrodsky, D. (2003). Evaluación geriátrica en la atención primaria. *Revista Médica de Chile* , 131 (8), 895-901.

Duran, L., Salinas, G., & Gallegos, K. (5 de septiembre de 2014). *Estudios sobre la calidad de vida del adulto mayor en México*. Obtenido de file:///C:/Documents%20and%20Settings/Lcda.%20Diana%20Zambrano/Mis%20documentos/Downloads/SALUD%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.%20CALIDAD%20DE%20VID

A.PDF

Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á., Ordoñez, J., osorio, J., & Chavarriaga, L. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Pshychologicas* , 12 (1), 81-94.

ForumClinic. (28 de enero de 2008). Recuperado el 25 de junio de 2014, de <http://www.forumclinic.org/es/cu%C3%ADdate/informaci%C3%B3n/%C2%BFqu%C3%A9-es-la-enfermedad-isqu%C3%A9mica-del-coraz%C3%B3n>

Frutos, J., & Royo, M. (2006). *Manual de Dirección Médica y Gestión Clínica*. Madrid: Diaz de Santos.

Gonzalez, J. (2001). *El Envejecimiento: Aspectos sociales*. San José: Universidad de Costa Rica.

H. Junta de Beneficencia de Guayaquil. (enero de 2014). *H. Junta de Beneficencia de Guayaquil*. Recuperado el 6 de marzo de 2014, de <http://www.juntadebeneficencia.org.ec>

Hogar Corazón de Jesús. (2012). *Presentación Institucional*. Guayaquil: Hospicio Corazòn de Jesús.

Hoskins, I., Kalache, A., & Mende, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada al adulto mayor. *Pan Am Public Health* , 17 (5/6).

INEC. (2010). *Censo de Población y Vivienda*. (INEC, Editor) Recuperado el 2 de Julio de 2013, de www.inec.gob.ec:
<http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>

INEC. (2011). *Estadísticas de sector salud*. Recuperado el 6 de marzo de 2014, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>

Jenkins, D. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades: un manual para el cambio de comportamiento*. Washington: OPS.

MIES. (2014). *Guía operativa del modelo de atención y gestión de los centros residenciales del buen vivir para el adulto mayor*. Quito: MIES.

Ministerio de Salud Pública. (2010). *Normas y Protocolos de Atención Integral en salud de las y los adultos mayores*. Quito: MSP.

Mishara, B. &. (2000). *El proceso de envejecimiento* (Tercera ed.). Madrid: MORATA.

MSP. (2008). *Guías clínicas geronto-geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor*. Quito: MSP.

MSP. (2012). *Manual del modelo de atención integral del Sistemán Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. Quito: MSP.

MSP. (2010). *Normas de Atención Integral*. Quito.

MSP. (2010). *Normas y protocolos de Atención Integral*. Quito.

Muñoz, Y. (2001). Atención primaria en geriatría. En Varios, & P. Morales (Ed.), *Temas prácticos en geriatría y gerontología* (págs. 35-40). San José, Costa Rica: EUNED.

OMS. (15 de mayo de 2014). *Datos positivos sobre la esperanza de vida*. Recuperado el 5 de septiembre de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>

OMS. (marzo de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 10 de marzo de 2014, de http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

OPS. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados a la salud* (Décima revisión ed., Vol. 3). Washington, USA: OPS.

PAHO. (2011). *Atención general de la persona adulta mayor en atención primaria de salud*. Asunción: PAHO.

PUC. (diciembre de 2013). *Boletín de Escuela de Medicina*. Recuperado el 10 de marzo de 2014, de <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/EnzenanzaGeriatria.html>

SENPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir Sumak Kawsay 2013-2017*. Quito: SENPLADES.

SIISE. (octubre de 2013). *Sistemas de Indicadores Sociales del Ecuador*. Obtenido de www.siise.gob.ec

GLOSARIO

APS:	Atención primaria de salud
CAAM:	Centro de atención de adultos mayores
INEC:	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
MSP:	Ministerio de Salud Pública
OMS/WHO:	Organización Mundial de la Salud (World Health Organization)
PAHO:	Pan American Health Organization
PUC:	Pontificia Universidad Católica (Chile)
SIISE:	Sistema de Indicadores Sociales del Ecuador

APÉNDICES

Apéndice 1. Formato de encuesta a adultos mayores

1. DATOS PERSONALES		
Sexo: M____, F _____	Fecha de nacimiento:	Localidad de origen del usuario/a:
Número de personas que visitan al usuario/a por semana: _____		
2. ESTADIA DEL USUARIO EN CAAM TIPO		
Fecha de ingreso al CAAM TIPO	Relación del usuario/a con persona responsable ante el CAAM TIPO	Estatus de residencia del usuario en el CAAM TIPO: General ____ Contribuyente____ Pensionado_____
3. NIVEL EDUCATIVO DEL USUARIO		
Educación		
Ninguna:____; primaria no completa:____; primaria completa:____; secundaria no completa:____; secundaria completa:____; superior inicial____; superior medio____; superior completo:____;		
otros:_____;		
Título obtenido: _____: Tienen Seguro Social: SI__ NO__		

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS					
Pregunta exploratoria	SI	NO	Pregunta exploratoria	SI	NO
¿Tiene hipertensión Arterial			¿Ha perdido usted involuntariamente peso en los últimos seis meses?		
¿Tiene diabetes Mellitus			¿Puede vestirse solo sin ayuda?		
¿Ha tenido algún infarto?			¿Cuántas caídas ha tenido en el último mes?		
¿Usted sufre de tiroides?			¿Tiene problemas con los dientes o boca que le dificulta comer?		
¿Usted ha perdido involuntariamente la orina?			¿Tiene algún problema con su memoria?		
¿Tiene usted dificultad para ver televisión o leer?			¿Usted duerme bien?		
¿Tiene problemas de audición?					

5. INMUNIZACIONES RECIBIDAS	
Descripción	Fecha
Antigripal	
Neumocócica	
Antitetánica	

6. VALORACIÓN DE CAPACIDAD FÍSICA		
Descripción	SI	NO
¿Camina sin dificultad?		
Deambula con alguna dificultad		
Deambula con bastón u otro apoyo técnico		
Deambula con ayuda de alguna persona		
Inmovilizado en cama o sillón.		
Necesita cuidados de enfermería		

7. Hábitos		
Descripción	SI	NO
Tabaquismo		
Alcoholismo		
Caféina		
Psicotrópicos		
Medicamentos		

8. Fármacos que consumen	
Fármacos recetados	Automedicados

Fecha: _____

Digitación: _____

Apéndice 2. Detalle de profesionales entrevistados

No.	Experto/a	Institución
1	Lcda. En Gerontología Camila Valdivieso	Hogar Corazón de Jesús
2	Dr. Lex Gutiérrez	Médico Geriatra, Hogar Corazón de Jesús
3	Econ. Susana Morán	Administradora de Hogar Corazón de Jesús

Apéndice 3. Tabla de frecuencia de variable edad hombres

Tabla de Frecuencias para Edad_mascul							
Clase	Límite Inferior	Límite Superior	Marca	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulativa	Frecuencia Acum.Rel.
menor o igual		53,0		0	0,0000	0	0,0000
1	53,0	60,5	56,75	3	0,0395	3	0,0395
2	60,5	68,0	64,25	3	0,0395	6	0,0789
3	68,0	75,5	71,75	17	0,2237	23	0,3026
4	75,5	83,0	79,25	27	0,3553	50	0,6579
5	83,0	90,5	86,75	18	0,2368	68	0,8947
6	90,5	98,0	94,25	6	0,0789	74	0,9737
7	98,0	105,5	101,75	1	0,0132	75	0,9868
8	105,5	113,0	109,25	1	0,0132	76	1,0000
mayor	113,0			0	0,0000	76	1,0000

Media = 79,8158 Desviación típica = 9,39746

Apéndice 4. Tabla de frecuencia de variable edad mujeres

Tabla de Frecuencias para Edad							
Clase	Límite Inferior	Límite Superior	Marca	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulativa	Frecuencia Acum.Rel.
menor o igual		53,0		0	0,0000	0	0,0000
1	53,0	59,6667	56,3333	4	0,0230	4	0,0230
2	59,6667	66,3333	63,0	3	0,0172	7	0,0402
3	66,3333	73,0	69,6667	26	0,1494	33	0,1897
4	73,0	79,6667	76,3333	30	0,1724	63	0,3621
5	79,6667	86,3333	83,0	48	0,2759	111	0,6379
6	86,3333	93,0	89,6667	46	0,2644	157	0,9023
7	93,0	99,6667	96,3333	15	0,0862	172	0,9885
8	99,6667	106,333	103,0	2	0,0115	174	1,0000
9	106,333	113,0	109,667	0	0,0000	174	1,0000
mayor	113,0			0	0,0000	174	1,0000

Media = 82,3736 Desviación típica = 9,26262

Apéndice 5. Tabla de detalle de mobiliario

No.	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Valor unitario	Total general
1 DIRECCIÓN				
1,1	puesto de trabajo Director	1	550,00	550,00
1,2	puesto de trabajo asistente	1	350,00	350,00
2 MEDICINA				
2,1	Puesto de trabajo	2	450,00	900,00
1,2	Puesto de trabajo asistente	1	350,00	350,00
3 TERAPIA OCUPACIONAL				
3,1	Puesto de trabajo	1	450,00	450,00
3,2	Asistente	1	350,00	350,00
4 TERAPIA FÍSICA				
4,1	Puesto de trabajo	1	450,00	450,00
4,2	Asistente	1	400,00	400,00
5 NUTRICIÓN				
5,1	Puesto de trabajo	1	450,00	450,00
6 PSIQUIATRÍA				
6,1	Puesto de trabajo	1	450,00	450,00
7 PSICOLOGÍA				
7,1	Puesto de trabajo	1	450,00	450,00
8 ODONTOLOGÍA				
8,1	Puesto de trabajo	1	450,00	450,00
9 GERONTOLOGÍA				
9,1	Puesto de trabajo	1	450,00	450,00
TOTAL GENERAL		14	5.600,00	6.050,00

Apéndice 6. Detalle de equipamiento

No	Descripción	Cantidad	Valor	Total
1	Equipos de cómputo	14	700	9.800
2	Impresoras	14	140	1.960
3	Red local	1	600	600
TOTAL GENERAL				12.360

Apéndice 7. Detalle de equipamiento e instalaciones

No.	DESCRIPCIÓN	Cantidad	Valor unitario	Total general
1 DIRECCIÓN				
1,1	Sillonería	1	200,00	200,00
2 MEDICINA				
2,1	Shayllon	2	150,00	300,00
1,2	Pesas, equipo de signos vitales	2	200,00	200,00
3 TERAPIA OCUPACIONAL				
3,1	Juego de mesas y sillas	20	120,00	120,00
3,2	Juegos varios	20	100,00	100,00
4 TERAPIA FÍSICA				
4,1	Equipo mecánico set	1	15.000,00	15.000,00
5 NUTRICIÓN				
5,1	Balanza con medidas	1	250,00	250,00
6 PSIQUIATRÍA				
6,1	Sillonería	1	200,00	200,00
7 PSICOLOGÍA				
7,1	Sillonería	1	200,00	200,00
8 ODONTOLOGÍA				
8,1	Consultoría de odontología básico	1	3.200,00	3.200,00
9 GERONTOLOGÍA				
9,1	Sillonería	1	200,00	200,00
TOTAL GENERAL			19.820,00	19.970,00

Apéndice 8. Detalle de nómina

No.	DESCRIPCIÓN	No.	Sueldo nominal	Décimo tercero	Décimo cuarto sueldo	Vacaciones	SNCF (0,5%)	IECE (0,5%)	Aporte Patronal (11,15%)	Total puesto	Total general	
1 DIRECCIÓN											3.860,83	
1,1	Director	1	2.600,00	216,67	29,50	108,33	13,00	13,00	289,90	3.270,40	3.270,40	
1,2	Asistente	1	450,00	37,50	29,50	18,75	2,25	2,25	50,18	590,43	590,43	
2 MEDICINA											6.944,25	
2,1	Médicos	2	2.200,00	183,33	29,50	91,67	11,00	11,00	245,30	2.771,80	5.543,60	
2,2	Lcda en enfermería	1	1.100,00	91,67	29,50	45,83	5,50	5,50	122,65	1.400,65	1.400,65	
3 TERAPIA OCUPACIONAL											1.928,75	
3,1	Terapista	1	1.100,00	91,67	29,50	45,83	5,50	5,50	122,65	1.400,65	1.400,65	
3,2	Asistente	1	400,00	33,33	29,50	16,67	2,00	2,00	44,60	528,10	528,10	
4 TERAPIA FÍSICA											1.928,75	
4,1	Terapista	1	1.100,00	91,67	29,50	45,83	5,50	5,50	122,65	1.400,65	1.400,65	
4,2	Asistente	1	400,00	33,33	29,50	16,67	2,00	2,00	44,60	528,10	528,10	
5 NUTRICIÓN												
5,1	Nutricionista	1	800,00	66,67	29,50	33,33	4,00	4,00	89,20	1.026,70	1.026,70	
6 PSIQUIATRÍA												
6,1	Médico Psiquiatra	1	2.200,00	183,33	29,50	91,67	11,00	11,00	245,30	2.771,80	2.771,80	
7 PSICOLOGÍA												
7,1	Psicólogo/a	1	1.600,00	133,33	29,50	66,67	8,00	8,00	178,40	2.023,90	2.023,90	
8 ODONTOLOGÍA												
8,1	Médico Odontólogo	1	2.000,00	166,67	29,50	83,33	10,00	10,00	223,00	2.522,50	2.522,50	
9 GERONTOLOGÍA												
9,1	Gerontólogo	1	1.100,00	91,67	29,50	45,83	5,50	5,50	122,65	1.400,65	1.400,65	
TOTAL GENERAL			14	17.050,00	1.420,83	383,50	710,42	85,25	85,25	1.901,08	21.636,33	24.408,13