



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS**



**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR DE
LA UNIDAD AMBULATORIA DEL IESS - ATUNTAQUI
IMBABURA, 2010.**

Trabajo de Investigación previo a la obtención del Grado de
Magíster en Administración de Negocios.



Autora: Lourdes Posso Salgado

Tutor: Mgs. Edwin Rosero.

IBARRA, 2011.

APROBACIÓN DEL TUTOR

En Calidad de tutor del trabajo de grado, presentado por la Lic. Lourdes Posso Salgado, para optar por el grado de magíster en Administración de Negocios, doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación privada y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 15 días del mes de Abril de 2011.

Dr. Edwin Rosero Mgs.

C.I

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

**MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR DE
LA UNIDAD AMBULATORIA DEL IESS – ATUNTAQUI. IMBABURA,
2010.**

Por: Lic. Rosario de Lourdes Posso Salgado.

Trabajo de grado de maestría aprobado en nombre de la Universidad
Técnica del Norte, por el siguiente Jurado, a los 15 días del mes de Abril
de 2011.

DEDICATORIA

Dedicado de manera muy especial a mi hermana Cecilia Posso y a su esposo Marco Báez, quienes siempre han sabido apoyarme en todos mis proyectos.

Dedicado a todas aquellas personas que han intervenido e influenciado en la realización de este trabajo, a mi familia, quienes más me han incentivado y apoyado, a los tutores de la maestría por su considerable paciencia y perseverancia, a la Institución que me abrió las puertas con toda predisposición para realizar el estudio, y a todos los compañeros que han salido adelante junto a nosotros con un mismo fin.

Y a las personas que han apoyado directa o indirectamente a la realización de este trabajo, a mis compañeros de la Institución en la que laboro, quienes me han apoyado laboralmente.

La Autora

AGRADECIMIENTO

Mis más sinceros agradecimientos al personal docente y administrativo del Instituto de Postgrado de la Universidad Técnica del Norte, por la oportunidad propuesta para seguir capacitándonos y por fomentar programas de educación para optimizar nuestro desempeño profesional.

Creo justo y valedero realizar el agradecimiento especial a las Autoridades y al personal del Centro de Atención Ambulatoria IESS Atuntaqui.

Al Dr. Edwin Rosero, quien como responsable de mi formación supo dar una constante respuesta favorable a todas mis solicitudes para el beneficio de mis conocimientos. De igual forma al Dr. Mario Montenegro quien ha sido una guía muy importante en el desarrollo de esta tesis.

A mis compañeros, por estar junto a mí en estos años que han sido inolvidables por las incomparables experiencias obtenidos.

La Autora.

RESUMEN

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD AMBULATORIA DEL IESS – ATUNTAQUI, IMBABURA, 2010.

Autora: Lic. Lourdes Posso Salgado

Tutor: Mgs. Edwin Rosero.

Año. 2010 – 2011.

El presente trabajo de investigación es el producto de la visión de la autora, basado en las necesidades de los usuarios de la Unidad Ambulatoria del IESS – Atuntaqui, Institución que hace pocos años, fue la principal entidad de Salud de Imbabura. Y hoy por hoy, todo el espacio de terreno y construcción se encuentra deshabilitado o en el mejor de los casos subutilizado. **El objetivo** fue proponer un Modelo de Atención Integral Geriátrico – Gerontológico que permita mejorar la atención de los adultos mayores que acuden a la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui. **La evaluación** se basó en una línea base en donde se encontró la buena predisposición tanto de los usuarios internos como externos para la realización de un Centro de Atención Ambulatorio de Atención Integral para el Adulto Mayor, **la metodología** utilizada fue la aplicación de encuestas a 102 usuarios externos y 8 usuarios internos con variables sociodemográficas, percepción sobre la calidad de atención que reciben, patologías presentadas, percepción de la calidad por especialidad, percepción sobre la necesidad de transformación de Unidad Ambulatoria a Centro Ambulatorio, necesidad del servicio de Rehabilitación, capacitación de usuarios internos, percepción sobre la factibilidad del desarrollo del proyecto y nivel de compromiso. **Los resultados** más significativos fueron: el 100% de usuarios que consideran necesario el servicio de Rehabilitación. El 83% considera que el cambio facilitaría y mejoraría la atención, también se encontró que el 88% de usuarios considera que es insatisfactoria la atención por especialidades. En **conclusión**, se puede considerar muy factible de aplicar la propuesta que se desarrolla. **La propuesta** consiste en utilizar este espacio en total, tanto la construcción como espacios libres de la Ex – Clínica del IESS – Atuntaqui definiendo los cuatro elementos fundamentales como: diseño técnico, diseño financiero, propuesta administrativa y modelo de gestión.

Palabras clave: adulto mayor, Modelo de atención integral, calidad, Salud.

SUMMARY

INTEGRAL MODEL OF CARE FOR ELDERLY AMBULATORY UNIT OF IESS - Atuntaqui, IMBABURA, 2010.

Author: Lic. Lourdes Salgado Posso

Tutor: Mgs. Edwin Rosero.

Year: 2010 to 2011.

The present research is the product of the vision of the author, based on the needs of users of the Ambulatory Unit IESS - Atuntaqui, Institution a few years ago, was the top Imbabura Health. And today, all the land and building space is disabled or at best underused. The objective was to propose a Geriatric Care Model - Gerontological to improve the care of older adults attending the Ambulatory Care Unit IESS - Atuntaqui. The evaluation was based on a baseline where he found the willingness of both internal and external users to perform Ambulatory Care Center for Older Adults, the methodology used in conducting surveys to 102 external users and 8 internal users with demographic variables, perception of quality of care received, pathologies presented, perceived quality by specialty, perceptions about the need to transform the Outpatient Center Outpatient Unit, Rehabilitation service needs, training of internal users, perception on the feasibility of the project development and level of commitment. The most significant results were: 100% of users who need rehabilitation service. 83% felt that the change would facilitate and improve care, they also found that 88% of users considered to be unsatisfactory for specialty care. In conclusion, it is considered very feasible to implement the proposal develops. The proposal is defined by 4 key elements such as: technical design, financial design, proposed administrative and management model.

Keywords: elderly, comprehensive care model, quality.

ÍNDICE

	Pág.
PREELIMINARES	
Aprobación del tutor	ii
Aprobación del jurado examinador	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Resumen	vi
Índice	vii
	1
CAPÍTULO I	
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Contextualización Del Problema	3
1.2 Antecedentes	5
1.3 Situación Actual del Problema	7
1.4 Análisis prospectivo del problema	9
1.5 Causas y Efectos del problema	10
1.6 Planteamiento del Problema	11
1.7 Ubicación	13
1.8 Formulación del Problema	13
1.9 Objetivos	14
1.10 Preguntas de Investigación	15
1.11 Justificación	15
1.12 Viabilidad y Factibilidad	17
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1 Teoría base	19
2.1.1 Cambios del envejecimiento	19
2.1.2 Teorías del envejecimiento	19
2.1.3 Tipos de envejecimiento	20
2.1.4 Influencia de factores culturales y sociales	28

2.1.5	La condición social de las personas de edad y los cambios sociales.	33
2.1.6	Sexualidad en la vejez	34
2.2	Teoría existente	42
2.3	Aspectos legales	51
2.4	Glosario de términos	54
	Siglas	56

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1	Tipo de Investigación	57
3.2	Diseño de la Investigación	58
3.3	Variables	58
3.3.1	Operacionalización de variables	60
3.4	Población	63
3.5	Métodos	63
3.6	Técnicas e instrumentos de recolección	64
3.7	Estrategias	64
3.8	Procedimientos investigativo bibliográfico	64
3.9	Procedimiento investigativo de campo	65
3.10	Procedimiento de la propuesta	65
3.11	Trascendencia del estudio científico y valor práctico del estudio	66

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1	Análisis e interpretación de resultados	68
4.2	Discusión de resultados	91
4.3	Posicionamiento del investigador	93
4.4	Respuesta a las preguntas de investigación	94
4.5	Conclusiones	96
4.6	Recomendaciones	97

BIBLIOGRAFÍA	99
---------------------	-----------

CAPÍTULO V. SOLUCIÓN VIABLE Y PERTINENTE

5.1	Introducción	102
5.2	Antecedentes	104
5.3	Justificación	105
5.4	Ejes prioritarios de intervención	106
5.5	Enfoque del proyecto	107
5.6	Objetivos	107
5.7	Beneficiarios	108
5.8	Diseño financiero	109
5.9	Validación de la propuesta	117
	ANEXOS	121
	Anexo N° 1	122
	Anexo N° 2	123
	Anexo N° 3	125
	Anexo N° 4	152
	Anexo N° 5	153
	Anexo N° 6	154

INTRODUCCIÓN

La Asamblea Mundial de las Naciones Unidas, reunida en Alma Ata URSS en diciembre de 1978, estableció estrategias para el mejoramiento de la Salud en la Población Mundial

Y otros elementos constitutivos como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Constitución de la República del Ecuador al igual que la Ley del Instituto Ecuatoriano del Seguro Social lo estipula y reconocen como un derecho dirigido a todos los seres humanos y las responsabilidades que dinamizan estos principios fundamentales como son la Salud y el buen vivir.

Derechos que permitan a todos (as), personas y familias contar con salud y bienestar, alimentación, vestido, vivienda, educación y los servicios sociales necesarios también el derecho a la seguridad en el caso de desempleo, enfermedad, viudez y su vejez

Los cambios en el campo de la Salud, se dan en: Infraestructura, Equipamiento instalado, entre otros. Las gestiones en procesos Técnicos - Administrativos de Evaluación y Control, entre otros, a nivel de todas las instituciones y en particular en el Campo de la Salud sean del IESS, MSP o Privados, mismos que se encuentran amparados con un Marco Legal Jurídico, Constitucional, Leyes, Normas, Reglamentos, Estatutos.

Y, como principios fundamentales tenemos: La equidad, Eficiencia, Solidaridad, Humanización y la Participación Social. Por lo tanto es importante hacer un análisis de la cadena de valor de nuestras casas de Salud y con ello nos permitirá el apareamiento de tantas actividades secundarias que serán de enorme beneficio personal e institucional para propender con el desarrollo e implementación de Instituciones que den

mejores Prestaciones y Servicios de Salud y convertirnos en las Líderes y con ello debemos estar prestos al cambio.

Dentro de este gran proceso es deber y responsabilidad del equipo de Salud, el impulsar acciones para fomentar el bienestar de los usuarios y de la comunidad en general.

Desde hace algún tiempo se viene evidenciando una disminución en la cobertura de atención. Además por falta de gestión de la dirección muchos de los afiliados no pueden acceder a la atención generando malestares e incapacidad por parte de los usuarios. Y al ser atendidos por un solo médico clínico tratante, sin contar con especialidades ocasiona la referencia a otros Centros de Atención. El equipo de salud anuncia una actitud de conformismo sin buscar estrategias que permitan buscar mejorar la atención y los servicios, por esta razón, como maestrante se encaminó acciones para diseñar la Propuesta “Modelo de Atención Integral para el Adulto Mayor de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui que permita disminuir la morbi – mortalidad de la enfermedades crónico – degenerativas propias de la tercera edad.

Cabe resaltar que el IESS dentro de su Marco Jurídico y Leyes a los que también se encuentran estipulados en la Constitución Política de la República del Ecuador en el que se encuentran los principios para el cambio Institucional en todo su contexto Político, social, infraestructuras, equipamientos, entre otros; permite y está en capacidad de emprender un proyecto de acción. Además el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social no tiene limitaciones económicas ni legales al contrario cuenta con todos los recursos medios y motivaciones que facilitan a todos y cada una de las Instituciones del país cuando de estos procesos son de un cambio proactivo en beneficio de toda la clase afiliada y los talentos humanos institucionales por lo expuesto anteriormente se puede decir que es factible la aplicación de la propuesta de acción.

CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Contextualización del Problema

La transición demográfica y epidemiológica que revela un envejecimiento progresivo a nivel mundial, en un ambiente de escasos recursos, requiere estrategias innovadoras en la planeación de los servicios destinados a mejorar la atención de salud del grupo de adultos mayores.¹

Al entrar en el siglo XXI el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales en todos los países.

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

Los cambios demográficos producidos en el Ecuador, en razón de la disminución de la tasa de mortalidad infantil, de natalidad, fecundidad y el

¹ VARELA L, y COLS 2000 Tópicos Selectos en geriatría. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima - Perú, 2000

aumento de la esperanza de vida al nacer, obliga a reflexionar sobre el cambio de perfil epidemiológico en la población, la misma que va aumentando a partir de los 65 y más años, por tanto el fenómeno del envejecimiento, en el ámbito individual como colectivo, es un tema que ha sido tratado en foros mundiales en los cuales se ha dado directrices y políticas, que constituyen valiosos insumos técnicos para nuestro país.

Según el censo del 2001, la población de 40 - 44 años Ecuador es de 680.408, y de adultos mayores de 65 años es de 645.191. Para el año 2005 la población de adultos según proyecciones del Censo 2001 del INEC, según grupos de edad tiene los siguientes datos: Población de adultos de 40 a 64 años es de 2'671.063 habitantes y de adultos mayores de 65 años y más, es de 752.154. Para el año 2010 se estima que la población de 40-64 años será de 3'120.223 y los adultos mayores de 65 años y más llegarán a 896.407.

Pese a esta realidad, existen pocos programas de salud dirigidos a este importante grupo de riesgo, esencialmente debido a que no existe una configuración completa y real de la situación actual del adulto mayor, existe ausencia de información científica, actualizada y acorde a nuestra realidad que proporcione métodos de aproximación y manejo de la población geronte ecuatoriana.

El gobierno Central a través del Plan Nacional de Desarrollo ha programado implementar políticas públicas con un enfoque intersectorial y de derechos, que aborden las determinantes y que tengan como fin mejorar la calidad de vida, erradicar las inequidades, desigualdades y la exclusión, que permitan mejorar la calidad y la esperanza de vida, desde una visión integral y no únicamente desde el tratamiento de la enfermedad o el diferimiento de la muerte, utilizando estrategias sistémicas que rebasen la acción del sector salud y, por otra, a mantener una visión de la vida y una práctica de la salud como un derecho (no

como una mercancía) y como un hecho social, económico y culturalmente determinado (no exclusivamente biológico).² Sin embargo no se da cumplimiento a los sectores precisamente necesitados.

A pesar de los importantes logros alcanzados en salud y el mejoramiento de la esperanza de vida, para los adultos mayores persisten barreras y desigualdades inaceptables en el acceso a los servicios, el consumo de bienes y valores esenciales para sobrellevar la vida en condiciones adecuadas, especialmente, en las poblacionales de los sectores rurales, urbano-periféricos, indígenas y afroecuatorianos.

1.2 Antecedentes del Problema

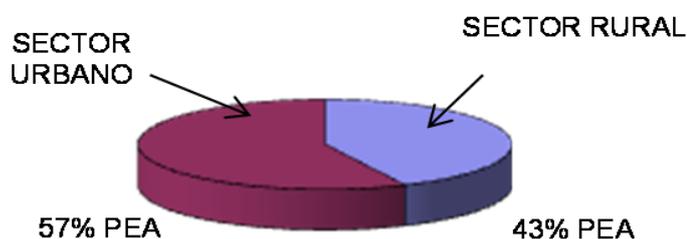
Antonio Ante es un cantón de la provincia de Imbabura, con características geográficas, climatológicas típicas de la serranía ecuatoriana, está ubicado a 12 Km. al Sur Oeste de Ibarra, con una altitud de 2.387 m.s.n.m., Temperatura de 16°C y un clima templado, los grupos étnicos existentes son el mestizo y el indígena, la poblacional al 2007¹ es de 39.000 habitantes, de los cuales un mayor porcentaje corresponde al área rural. La tasa de crecimiento anual es de 2.54.

Según el INEC 2001: un indicador que resume las características socioeconómicas en Antonio Ante es la medición de pobreza a través de las necesidades básicas insatisfechas cuyo índice es el 51.1% y la pobreza extrema por NBI es el 30.2%.

El índice de desarrollo social del cantón es de 53, 7%, el que está concentrado en la zona urbana y es un logro del desarrollo textil, que ha tenido un repunte en el último quinquenio, a pesar del contexto nacional.

² (PLAN NACIONAL DE DESARROLLO ECUADOR 2007 – 2010),

ACTIVIDADES COMERCIALES Y DE SERVICIOS



FUENTE: CONSEJO CANTONAL DE ANTONIO ANTE 2010.

La PEA, está presente tanto en el sector rural como en el urbano con un porcentaje del 14% adicional en el área urbana, la actividad económica principal es la industria textil, el auge de la pequeña y mediana industria se da a partir de la desaparición de la "Fábrica Textil Imbabura" como centro de producción de este cantón, convirtiéndose en el Centro Industrial de la Moda, ciudad reconocida a nivel nacional e internacional.³

Según los indicadores sociales del cantón, las prioridades de intervención son: salud, educación y vivienda. Las prioridades en el campo de la salud son disminuir la morbilidad y mortalidad infantil, alta desnutrición, desarrollo infantil, la morbilidad hospitalaria causada por enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, los problemas relacionados con el parto y los accidentes y de una manera muy en particular las Enfermedades Crónico, Crónico Degenerativas y carenciales propias del Adulto Mayor.

El Cantón Antonio Ante siente la necesidad urgente de contar con esta protección para trabajadores textiles y obreros entre otros, una vez identificada esta necesidad en marzo de 1.938 nace el Dispensario

³ (CONSEJO CANTONAL, ANTONIO Ante, 2010)

Médico de la Caja de Pensiones que luego se denomina Caja del Seguro. El Dispensario funcionó como clínica bajo la dirección del Dr. Alfonso Calderón Moreno, quien junto con otro médico atendía a los usuarios en las 40 camas disponibles.

Además del Dispensario Central, se mantenía una unidad pequeña más, para atenciones emergentes, misma que se encontraba ubicada en la fábrica textil Imbabura.

En el año de 2007 la población afiliada a nivel nacional es de 2'086.900 y en la provincia de Imbabura son 44.943 y en el caso del cantón Antonio Ante de 6.457, entre asegurados del IESS y Seguro Campesino.

El objetivo fundamental de la Unidad es: "el mejoramiento de su calidad de prestaciones a la comunidad, propendiendo a fomentar el compromiso y responsabilidad de sus trabajadores y ante todo incentivando el trabajo multidisciplinario e intersectorial donde el personal de salud destacará sus conocimientos humanísticos, científico técnico, tomando al usuario / afiliado como un ser integral, aprovechando los recursos de la población y de la Unidad en la gestión, que lo manifiestan también las Autoridades del Gobierno Local en la presentación del Diagnostico Situacional de Atuntaqui.

1.3 Situación Actual del Problema

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se crea el 15 de Noviembre de 1.922, en el Gobierno de José Tamayo, inicialmente se denomina Caja de Pensiones y Caja del Seguro, posteriormente los obreros y trabajadores presentan un pliego de peticiones donde se plantean reivindicaciones que mejoren su calidad de vida y cubra las

necesidades básicas de los individuos en el proceso Salud - Enfermedad. En el Gobierno del Dr. Isidro Ayora, nace el Seguro Social Ecuatoriano el 13 de marzo de 1.928, el mismo que se fundamenta en los principios Filosóficos de Interés Social y Solidaridad, frente a la serie de problemas que sufren o pueden sufrir los obreros, trabajadores, campesinos y clase jubilada del país, ante esta problemática el IESS asume el apoyo y respaldo inmediato para amparar y proteger al trabajador ecuatoriano.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), durante ocho décadas ha sido no sólo testigo de la historia, sino, parte viva, dinámica, actuante en la evolución y desarrollo del país.

Su objetivo fundamental es el de solventar las necesidades básicas de un mayoritario grupo de población trabajadora - obrera y campesina en lo pertinente al bienestar de salud.

El Doctor Calderón, a más de la Dirección del Dispensario, también desempeñaba las funciones de Delegado Administrativo en las prestaciones de jubilaciones, montepíos, aportes mortuorios, entre otras. Abrió las puertas para la atención a los Usuarios en el año de 1.950.y posteriormente se convierte con la denominación de la Clínica del IESS-Atuntaqui hasta el año de 1997, donde funciono como una de las mejores CLINICAS MEDICAS Y QUIRURGICO del Norte del país con atención médica de Especialidades, Emergencias, y Hospitalización las 24 horas del día, para los Afiliados de Imbabura, Carchi, Esmeraldas y Norte de Quito, como también a los Afiliados pertenecientes al Seguro Social Campesino.

Hoy se la denomina UNIDAD AMBULATORIA DEL IESS, y cuenta con un total de 7 empleados, distribuidos en el Área administrativa, Técnica, de Apoyo y de Servicios generales para la población afiliada, en la

actualidad la demanda es de apenas 20 a 30 usuarios atendidos diariamente.⁴

De los 6457 afiliados solo de su área de influencia, como el Seguro Campesino que en la actualidad cuenta con 44.979 personas distribuidas en la Provincia de Imbabura y Carchi, así como el SOAT instituido por el Gobierno Central.

Lo más importante es que para la fecha presente se logre instaurar el Centro de Atención Geriátrica - Gerontológica Integral del Día, del IESS Atuntaqui, con énfasis en el Adulto Mayor, institución que contaría con: quirófano de emergencia, sala de recuperación, sala de emergencia., la readecuación de las salas de consultas externas y salas de espera, que deberían ser atendidas por médicos especialistas propios para la atención del Usuario Interno y Externo, del área de Estadística, la sistematización informática en red, entre otras; como Áreas para las Terapias Ocupacionales y Recreativas y de Rehabilitación para los Adultos(as) que en la actualidad se cuenta con más de 300 Usuarios de la Clase jubilar.

1.4 Análisis prospectivo del Problema

En el Ecuador los resultados de la implementación del Modelo Neoliberal ha causado un inmenso retroceso en las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana y ha conducido a una fuerte polarización entre ricos muy ricos y pobres muy pobres, por no contar con políticas de estado sino manejados con políticas de los gobiernos de turno los que han manejado el modelo NEOLIBERAL, favoreciendo a su grupo de poder económico, dejando como consecuencia: exclusión social, destrucción del medio ambiente, exagerado margen de privatizaciones,

⁴ Entrevista al Dr. Ricardo Játiva, Director de la Unidad

deudas sociales no pagadas, pago exagerado de deuda externa, quiebra de empresas locales, concentración del poder económico en pocas manos, que manejan la información, energía, transporte y comunicación.

Por todo esto existe una cantidad de despidos intempestivos aumentando los niveles de subempleo, ahondando los problemas sociales: como la drogadicción, violencia intra y extrafamiliar, la desesperación que con ello nos lleva a una escalada de la migración y con ello trayendo sus consecuencias como: la desintegración del núcleo familiar, el aumento de enfermedades de origen psicosomático, la desnutrición, angustia, depresión, un aumento en el índice de mortalidad por los suicidios.

Este problema social por hogares disfuncionales, también conduce a inadecuados hábitos alimentarios que son la causa de enfermedades crónico degenerativas como: obesidad, anemia, Hipertensión arterial, diabetes, alergias entre otras, que tienen que ver con la población general; así también las enfermedades de origen degenerativo, irreversibles como cáncer, pérdidas de funciones entre otras, propias del Adult@s Mayores las mismas que van en aumento no solo a nivel local, nacional sino en el contexto mundial. Las brechas económicas creadas por este modelo, hacen necesaria la duplicación de acciones de atención primaria de salud por ser la de menor costo para evitar el aumento de los índices de morbi-mortalidad, además de brindar una vida digna a este importante grupo poblacional.

1.5 Causas y Efectos del Problema

En los países en vías de desarrollo como el nuestro, el estudio del envejecimiento es algo relativamente nuevo, por lo que el campo se encuentra abierto a todo tipo de investigación.

Nuestro país, envuelto en una región que demográficamente está envejeciendo y cuya esperanza de vida sobrepasa los 65 años, necesita de instituciones y profesionales que profundicen la investigación, docencia e intervención para atender los problemas de la población adulta mayor y desarrollar los principios de eficiencia, calidad, equidad y solidaridad a favor de este grupo de gran vulnerabilidad en nuestra sociedad y alcanzar que los profesionales desarrollen al máximo sus potencialidades y capacidades para brindar atención integral que les permita a los Adultos Mayores disfrutar un envejecimiento saludable.

Se puede también indicar que las primeras causas de muerte tanto en hombre como en mujeres son: diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, influenza y neumonía, enfermedades isquémicas del corazón, accidentes de transporte terrestre, agresiones, insuficiencia cardíaca y complicaciones, cirrosis, enfermedades del sistema urinario, y neoplasia maligna del estómago; enfermedades que en su gran mayoría son propias de los adultos mayores, inclusive ellos son el grupo más afectado debido a que la mayoría de las patologías descritas anteriormente son crónicas – degenerativas. Y se debe considerar que son patologías de tratamiento integral, que requiere la intervención de un equipo de salud multidisciplinario y de una adecuada intervención por parte de la Institución que se encuentre a cargo de la Salud.

1.6 Planteamiento del Problema

La Unidad de Atención Ambulatoria IEES – Atuntaqui es una unidad de Salud de nivel I. Encaminada a brindar atención de Salud Médico, Odontológica y Prestaciones de Fomento, Protección – Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación en Salud, a los afiliados a la

Seguridad Social, el Seguro Social Campesino, la clase jubilar y beneficiarios del SOAT.

A pesar de tener más de 50 años de brindar atención a los afiliados, su infraestructura no ha sido atendida, se encuentra habilitada más o menos el 25%, pero a pesar de ello, la Unidad de Salud, cuenta con tecnología mínima, utilizada en beneficio de sus usuarios; respecto del Talento Humano, no cubre las necesidades mínimas de acuerdo a su Nivel y Población Afiliada, su reducido número no responde a las demandas de la Población.

El personal que presta sus servicios, manifiesta que existe desmotivación por la situación en que se encuentra la infraestructura, la falta de participación y colaboración de las Autoridades regionales y Nacionales responsables directos de la Institución; no ha permitido su empoderamiento, para mejorar la calidad de atención en la Unidad de Atención Ambulatoria IESS – Atuntaqui.

De la observación directa se desprende que existe una carencia de atención Integral especialmente al Adulto Mayor, que acoja lo estipulado en el Marco Legal en la Ley de la Seguridad Social, para cubrir los riesgos al que está expuesta la clase del geronte, particularmente la clase afiliada jubilar y lo ESTIPULADO EN LA CARTA MAGNA DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR en vigencia.

Ante esta situación, el presente trabajo propone organizar un Centro de Atención del Día Geriátrica - Gerontológico Integral del IESS Atuntaqui, en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS de la ciudad de Atuntaqui y cuyos principios se enmarquen en la Solidaridad, Obligatoriedad, Universalidad con Equidad, Eficiencia, Subsidiaridad, Suficiencia y Sujetos de Protección, como lo establece el Plan Nacional

de Desarrollo y el Sistema de Administración de Seguridad Social en el Trabajo y las Prestaciones de Seguridad General y Riesgos del Trabajo.⁵

1.7 Ubicación.

La Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui se encuentra ubicada en la Provincia de Imbabura, Cantón Antonio Ante, Parroquia Atuntaqui, Barrio: Santa Marianita, en la Av. General Enríquez 12-43 y Atahualpa. Limita al Norte con Bellavista de San Antonio, Los Óvalos, Chaltura, y Natabuela; al Sur con La Merced de San Roque, Yanayacu, e Ilumán; al Este con Santa Isabel, Santa Bernardita, y Andrade Marín; y al Oeste con Imantag, Atuntaqui.

La institución cuenta con infraestructura física propia, el responsable de la unidad es el Dr. Ricardo Játiva A. Siendo un área total de terreno de 5800 metros, el área de construcción de 1800 metros, y 480 metros del área remodelada. El edificio tiene una antigüedad de 60 años, el Material predominante es ladrillo, piedra vista, y teja. El valor monetario estimado es de 200.000 dólares.

La población asignada (en número de habitantes) es de 3.239 Habitantes.

1.8 Formulación del Problema

¿La no existencia de un Modelo de Atención Integral Gerontológico – Geriátrica para los usuarios externos de la Unidad Ambulatoria del IESS –

⁵ Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 IESS – SGRT 2000 y lo Estipulado en la Resolución No-C.D. 262, Del Consejo Directivo del Instituto de Seguridad Social, en vigencia desde el 25 de Mayo del 2009.

Atuntaqui influye en la limitada atención y presencia de altos índices de morbimortalidad en la población de Adultos Mayores?

1.9 Objetivos de la Investigación

1.9.1 Objetivo General:

Elaborar un Modelo de Atención Integral para el Adulto Mayor de la Unidad Ambulatoria del IESS – Atuntaqui, que permita disminuir la morbimortalidad de las enfermedades crónico – degenerativas de los adultos mayores que acuden a la Unidad de Atención Ambulatoria.

1.9.2 Objetivos Específicos:

- Establecer la línea de base a través de un diagnóstico dirigido al usuario interno y externo de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui, para determinar las causas de los altos índices de morbimortalidad y la restringida atención a los Adultos Mayores.
- Proponer la readecuación física, equipamiento y capacitación del talento humano en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui, que permita mejorar la atención y disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Crónico Degenerativas.
- Diseñar una propuesta de Atención Integral del Adulto Mayor.

1.10 Preguntas de Investigación

¿Es necesaria la elaboración de una Línea de Base que permita determinar las causas de los altos índices de morbi-mortalidad y la Atención limitada a los Adultos Mayores en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui?

¿La readecuación física, adquisición de equipamiento y la capacitación de talento humano que apoye en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS Atuntaqui, para la atención de la población afiliada del IESS, Seguro Campesino y Jubilar del sector de influencia, contribuyendo a disminuir los índices de morbi-mortalidad?

¿La elaboración de una propuesta de Atención Integral del Adulto mayor, permitirá mejorar la atención de los Usuarios Internos y Externos del Centro?

1.11 Justificación

La OMS describe; *que podemos envejecer con dignidad si los países, las regiones y las Organizaciones internacionales promulgan políticas y programas de “envejecimiento activo” que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad”.*

En el Ecuador, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado, las proyecciones de población indican un aumento ascendente, alcanzando los hombres 75 años y en las mujeres 78 años.⁶

Según los indicadores nacionales de salud se evidencia que entre las diez primeras causas de mortalidad general predominan la Diabetes

⁶ INEC 2007.

Mellitus, Enfermedades Cerebro Vasculares, Enfermedades Hipertensivas, Influenza y Neumonía, Enfermedades Isquémicas del corazón, Accidentes de Transporte Terrestre, insuficiencia cardíaca y enfermedades mal definidas, Alzheimer, Cáncer,⁷ entre otras, consideradas patologías propias de los Adultos Mayores.

Respecto de la provincia de Imbabura, las primeras causas de mortalidad son: Enfermedades Cerebro Vasculares, Enfermedades Isquémicas del corazón, Diabetes Mellitus, Influenza, Accidentes de Transporte, Enfermedades Hipertensivas, Insuficiencia Cardíaca, Neoplasias, Agresiones, Enfermedades del Aparato Urinario, y Cáncer⁸.

La unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui presta atención a 5.623 usuarios, entre afiliados en un 63.2%, del Seguro Campesino en un 45.68% y la población jubilar a un 8.9% en el sector de influencia del Centro, con las especialidades de: Medicina General, Atención Odontológica, Auxiliar de Diagnóstico Laboratorio, Farmacia y Emergencia, así también cuenta con un sistema informático en red que facilita la comunicación entre los demás servicios de atención de salud; así también se desarrollan escasos Talleres de Terapias Ocupacionales y recreativas para la tercer edad, funcionan sin personal calificado y en espacios físicos inadecuados y ajenos a la Institución.

De los datos mencionados anteriormente podemos evidenciar que la atención integral a los senescentes, es uno de los grandes desafíos de la Atención Primaria, tomando en cuenta que hoy existe voluntad política y que lo respalda la Constitución, es imperativo que se realice el presente estudio, mismo que permitirá la funcionalidad del edificio que tienen más de 50 años de atención a la colectividad.

⁷ MSP - INEC 2009 – OPS: Indicadores Básicos de Salud 2009

⁸ Ibíd.

Siendo nueva y ambiciosa la propuesta para encarar el reto al envejecimiento de la población de Atuntaqui en particular y de la región Norte del País en general, misma que se encuentra gravemente afectada por la baja cobertura de atención de salud, con niveles altos de pobreza y exclusión social, se verán cristalizadas las políticas públicas que difunden programas de envejecimiento activo y digno.

1.12 Viabilidad y Factibilidad.

Es factible realizar la presente investigación porque cumple con todo los requerimientos en los ámbitos: administrativo, técnico, social, político, económico y legal.

La realización de la propuesta es generadora de cambios en la estructura administrativa, económica y de Servicios de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui, con la reestructuración del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor del IESS – Atuntaqui, se propone aplicar las Reformas que contempla la Constitución Política del estado en la prevención y Atención a usuarios Adult@s mayores del sector de influencia del IESS – Atuntaqui.

Existe una disposición de las Autoridades de la Dirección provincial del IESS – Imbabura, para brindar las facilidades para el desarrollo del trabajo y la socialización y Aplicación de la Propuesta de creación del Centro de Atención Integral para el Adulto Mayor del IESS Atuntaqui.

Se cuenta con suficiente bibliografía especializada para el desarrollo del tema de investigación: Metodología de diseño, Planificación Estratégica, Administración de Recursos Humanos, Estrategias de Procesos de Gestión, entre otros.

Es factible porque la Institución cuenta con Políticas y Recursos Económicos y Legales necesarios. Además la maestrante está presta a colaborar con el desarrollo de la propuesta.

La factibilidad Legal del Marco Jurídico contemplado en la Constitución Política del Estado Ecuatoriano, Normas, Leyes y Reglamentos conexos del IESS, otros que existentes que sustentan y orientan su sistematización.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

UNIDAD I

2.1 Teoría Base

2.1.1 Cambios del Envejecimiento

Al analizar etimológicamente el término GERONTOLOGÍA, este proviene del griego gerón = viejo y logos = estudio, por tanto es la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos. Parece que el término Gerontocracia, con el que se describía en la Grecia Antigua al Gobierno, controlado por los ancianos, pudiera haber sido el término precursor. (Rivera Casado J.M. y Gil Gregorio P. – 1998)

2.1.2 Teorías del envejecimiento ⁹

Teoría del desgaste de órganos y tejidos: También se llama la teoría del ritmo de vida, que dice que las células del cuerpo se van estropeando conforme pasa el tiempo debido a su uso, como ocurre con los componentes de una máquina. Se propone que las personas que han vivido forzando su cuerpo o que han tenido un estilo de vida poco saludable, viven menos. Los radicales libres serían las sustancias

⁹ Rivera Casado Jm, Gil Gregorio P. Problemas Éticos En Relación Con El Paciente Anciano. Madrid: Colección Clínicas Geriátricas; 1996

responsables del desgaste de las células relacionadas con los estilos de vida nocivos, sobre todo de las mitocondrias, que no tienen capacidad de reparar su ADN.

Teoría de la intoxicación por sustancias intrínsecas: También se llama teoría de la autointoxicación. Durante la vida se acumulan sustancias de desecho en el interior o exterior de la célula como la lipofuscina y otros pigmentos, creatinina, colesterol en las placas de ateroma (arterioesclerosis) que son productos del metabolismo celular.

Teoría del trastorno glandular o endocrino: considera que los órganos endocrinos como las gónadas, son los responsables del envejecimiento debido a las observaciones de eunucos, hipotiroideos y diabéticos, que envejecen precozmente.

2.1.3 Tipos de Envejecimiento

2.1.3.1 Envejecimiento Fisiológico Normal

Envejecemos porque las macromoléculas que componen nuestro organismo (ácidos nucleicos, proteínas y lípidos) van acumulando daños que van provocando su pérdida de función. Debido a estas alteraciones, el funcionamiento normal de las células se modifica, lo cual va a alterar a su vez el funcionamiento de los diferentes órganos. Nuestro organismo es un sistema dinámico, en estado de degradación y reparación permanente. El envejecimiento corresponde a una ruptura de ese equilibrio, cuando la acumulación de daños sobrepasa la capacidad de reparación. En la ruptura del equilibrio dinámico, intervienen factores muy variados: influencias genéticas, comportamentales y ambientales pueden afectar de manera positiva o negativa en cada lado de la balanza.

La acumulación de daños en las moléculas endógenas durante el envejecimiento se debe a varios tipos de fenómenos:

La degeneración progresiva de las células y la pérdida de la capacidad regenerativa. Tanto la degeneración como la regeneración de las células son procesos que ocurren en cada una de las etapas de la vida y permanecen en un perfecto equilibrio en condiciones normales, no patológicas. Los “puntos control” y los mecanismos de reparación celulares permiten que las células dañadas sean reemplazadas, preservándose así la integridad funcional de tejidos y órganos. Sin embargo, en el envejecimiento este balance se inclina hacia la degeneración. Los mecanismos de degeneración están principalmente relacionados a la generación de especies reactivas del oxígeno y a la glicación de proteínas; ambos procesos estrechamente relacionados a factores ambientales. Por otra parte, la pérdida de la capacidad de proliferación y regenerativa estaría determinada genéticamente por el acortamiento de los telómeros y los procesos de muerte celular.

Esta visión resalta la importancia y participación tanto de factores exógenos como endógenos en el envejecimiento, por lo que es muy probable que el envejecimiento del organismo no ocurra por un único motivo, sino por la sumatoria de múltiples factores y procesos, cuyo balance general determina que el individuo envejezca.

Por otro lado, es evidente que existen **factores ambientales y comportamentales** que pueden colaborar en el proceso de degradación o al contrario reforzar los mecanismos de defensa:

- los fumadores, debido a la inhalación permanente de radicales libres de oxígeno, pueden presentar ciertas manifestaciones de envejecimiento prematuro y un incremento en la frecuencia de patologías asociadas al envejecimiento, como las cataratas;

- la exposición repetida a la luz UV puede provocar un envejecimiento prematuro de la piel, por las mismas razones;
- la restricción calórica, iniciada en cualquier momento de la vida, mejora la mayor parte de los parámetros biológicos e incrementa la longevidad; sin embargo, si la restricción calórica es extrema, como ocurre en la anorexia, se produce una disminución de la fertilidad (lo que evidencia de nuevo la relación entre envejecimiento, equilibrio energético y reproducción);
- una dieta equilibrada, rica en fibras y vegetales, que presentan antioxidantes naturales, produce también un efecto positivo sobre el mantenimiento de las funciones celulares.

2.1.3.2 Envejecimiento Patológico

Es el envejecer acelerado por la presencia de alteraciones patológicas secundarias a enfermedades o por influencias ambientales.

Nuestro cuerpo a lo largo de la vida va a sufrir unos cambios en todos sus órganos y sistemas que como se ha comentado variara entre individuos y tendrá un diferente ritmo en un mismo individuo según la localización. Estos cambios serán bien morfológicos, es decir afectando a la estructura de los órganos, bien funcionales afectando a la función de los mismos.

Cambios en el aspecto exterior

- Con la edad se reduce la estatura aproximadamente 1 cm por década, a partir de los 40-50 años, por disminución en la altura de los cuerpos vertebrales. El tronco se vuelve más grueso y las extremidades más delgadas. Hay un aumento de la curvatura de la

columna vertebral llamada cifosis proporcionando ese aspecto encorvado que ha ilustrado en ocasiones la vejez.

- La marcha se altera con disminución del braceo y aumento de la base de sustentación.
- La piel pierde flexibilidad y elasticidad con pérdida de una proteína llamada colágeno y aparición de las arrugas. Disminuyen las glándulas sudoríparas con disminución de la sudoración lo que predispone al anciano a alteraciones en la regulación de la temperatura.
- El pelo puede perder las células productoras del pigmento melanina y aparecen las canas.

Cambios en la composición corporal

- Con el envejecimiento se pierde masa muscular y por tanto se pierde fuerza y capacidad para tener máximas prestaciones físicas.
- Disminuye el agua corporal en el organismo. En un joven el agua representa aproximadamente el 60% del peso corporal pasando al 50% en los ancianos. Esta pérdida se produce sobre todo por pérdida del agua de dentro de las células. Supone una mayor predisposición a la deshidratación en el anciano.
- Mientras que la masa magra disminuye la grasa corporal aumenta redistribuyéndose sobre todo en el tronco.
- Se pierde también masa ósea lo que favorece la aparición de osteoporosis y fracturas.

- Los órganos internos disminuyen de tamaño y peso con algunas excepciones como la próstata.

Cambios en los órganos de los sentidos

- Con la edad se pierden papilas gustativas siendo especialmente llamativa la pérdida de la percepción del gusto para los sabores dulces.
- Se produce una disminución de la capacidad para percibir los tonos de alta frecuencia a causa de la degeneración del aparato receptor del oído interno en un fenómeno que se llama presbiacusia o sordera del envejecimiento. Esto dificulta la percepción de notas agudas o de consonantes en una conversación lo que puede hacerla ininteligible.
- El cristalino se vuelve más denso, grueso y menos elástico perdiendo la capacidad de enfocar objetos cercanos, en un proceso que se llama presbicia. Quienes lo padecen comienzan a tener problemas al leer las letras pequeñas del periódico, a una distancia normal, pudiéndolas enfocándolas al separar el periódico. La agudeza visual disminuye también con la edad pudiendo contribuir a ello alteración de las células receptoras en la retina.

Cambios en el aparato circulatorio

- Se produce un aumento en la rigidez de las arterias, debido al aumento del grosor de la capa interna o íntima. Esto ocurre con independencia de la enfermedad arteriosclerótica que suele ser

universal en las sociedades desarrolladas y que es favorecida por estos cambios.

- En el corazón es de destacar una pérdida de capa interna o íntima que controlan el aumento de la frecuencia cardíaca en respuesta al ejercicio. El funcionamiento del corazón no se modifica en reposo pero si en los mecanismos de adaptación al esfuerzo.

Cambios en el aparato respiratorio

- Los cambios estructurales que ocurren en el aparato respiratorio con un tórax más rígido y menos móvil y una disminución de la elasticidad pulmonar conducen a una disminución de la capacidad vital, del volumen de reserva respiratorio con un aumento del volumen residual que no se moviliza en el pulmón

Cambios en el aparato digestivo

Además de alteraciones en la dentadura y la masticación, los cambios más importantes en este sistema se refieren a dos aspectos:

- En primer lugar, la reducción de su función motora que lleva en el estómago a un retraso en el vaciamiento y en el intestino a una tendencia al estreñimiento.
- Se produce disminución de la secreción gástrica que dificulta la absorción de algunos elementos. También se secretan en menor medida algunas hormonas gastrointestinales.

Cambios en el riñón

- Se reduce en general el funcionamiento renal a expensas de una disminución de su tamaño, una disminución de su flujo vascular y una reducción de los glomérulos funcionantes que filtran la sangre, Se produce una disminución del aclaramiento de sustancias y una pérdida de la capacidad de dilución y concentración de la orina.
- Este envejecimiento renal permite sin embargo un adecuado mantenimiento del medio interno, aunque hace más vulnerable este sistema depurador a agresiones de cualquier tipo.

Cambios en el sistema endocrino

- En general hay mucha variabilidad de comportamiento de unas hormonas a otras. Es destacable la disminución de la tolerancia a la glucosa con una menor sensibilidad a una secreción de insulina que es normal. Este fenómeno se atribuye a una mayor resistencia periférica a su acción en los tejidos contribuyendo a la intolerancia al azúcar y a una mayor frecuencia de diabéticos entre los mayores.

Cambios en el sistema inmunitario

- El sistema inmunitario sufre cambios que tienden a disminuir su poder defensivo frente a las infecciones y tumores. Con la edad involuciona el timo y se producen alteraciones en las poblaciones de linfocitos y en la respuesta con anticuerpos.

- Además de en su papel de defensa, se altera su capacidad de reconocer lo extraño produciéndose respuestas contra lo propio favoreciendo el desarrollo de enfermedades autoinmunes.

Cambios en el sistema nervioso

- Es muy difícil separar lo que es el envejecimiento normal del patológico en el sistema nervioso en concreto en el envejecimiento del cerebro. Muchas de las alteraciones patológicas que se observan al microscopio en enfermedades como la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Parkinson se observan en el cerebro normal. La diferencia en muchos casos es sólo cuantitativa en cuanto al número de estas alteraciones. El cerebro con el envejecimiento sufre una atrofia con disminución del peso, aumento de los surcos entre circunvoluciones y un aumento de las cavidades del interior. Existe desde la infancia una pérdida de neuronas que se compensa con un aumento de conexiones entre ellas. Existen así mismo cambios en los neurotransmisores producidos en el sistema nervioso central.
- Todos estos cambios producidos en el envejecer del sistema nervioso se traducen en que el anciano tenga una disminución de la sensibilidad del tacto, vibraciones y discriminación. A nivel motor se altera la capacidad de coordinación y de control muscular dando lugar a un enlentecimiento psicomotor.
- La velocidad de conducción de nervios periféricos es menor con una disminución de los reflejos.

Cambios mentales:

En el aspecto cognitivo existe un enlentecimiento global de las funciones mentales. Existe así mismo una pérdida de memoria reciente o a corto plazo. Existe también una disminución en la capacidad de aprendizaje fundamentalmente relacionada con trastornos de memoria de fijación, que es la que almacena la información. Está conservada la memoria de evocación. La inteligencia no se altera en cuanto al cociente intelectual aunque parece disminuida la inteligencia reciente innata conservándose la inteligencia a largo plazo adquirida.

Respecto a cambios psicológicos no hay una modificación global de la personalidad asociada con el envejecimiento. No obstante parece que en esta etapa de la vida son más frecuentes la presencia de rasgos paranoides y quejas hipocondríacas. Personalidades frágiles e inmaduras pueden sin embargo tolerar mal las pérdidas asociadas a la edad pudiendo provocar cuadros depresivos o maniáticos.

En resumen todos estos cambios fisiológicos pueden resumirse en que el envejecimiento no es una enfermedad por sí mismo, si bien suponen una disminución de la capacidad de respuesta y de reserva del organismo ante situaciones de agresión que pueden suponer una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad.

2.1.4 Influencia de los factores culturales y sociales

2.1.4.1 La teoría del retraimiento.

El envejecimiento está acompañado del retraimiento recíproco de la sociedad y del individuo; el individuo deja poco a poco de mezclarse en

la vida de la sociedad y ésta le ofrece cada vez menos posibilidades de todo género. Algunos creen que son las personas de edad las que inician por sí mismas el proceso de retraimiento; otras por el contrario mantienen que es la sociedad la que gradualmente obliga a los ancianos a retirarse de la vida activa.

2.1.4.2 La teoría de la actividad

Trata de explicar unos problemas sociales y las causas exactas que contribuyen a la inadaptación de las personas de edad. El individuo carece ya de propósito y de identidad.

Una vejez lograda supone el descubrimiento de nuevos papeles o de nuevos medios de conservar los antiguos. Para que se realice este ideal, será preciso en el futuro reconocer el valor de la edad y atribuir a las personas ancianas nuevos papeles, valorados por la sociedad. Mantenerlos en un papel de trabajo normal.

2.1.4.3 La teoría del medio social.

El comportamiento durante la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales. Sobre él influyen tres factores valiosos: la salud, el dinero y los apoyos sociales. La salud es un factor importante ya que muchas personas de edad se encuentran taradas por la acumulación de enfermedades crónicas. La situación económica es otro factor limitador, ya que una quinta parte de las personas de edad están considerablemente limitadas por la falta de recursos económicos. La existencia de apoyos sociales contribuye al nivel de actividad.

En conjunto, los factores procedentes del medio social que son susceptibles de influir en el grado de actividad resultan desfavorables a la vejez.

2.1.4.4 La teoría de la continuidad.

El estilo de vida se halla principalmente determinado por los estilos, hábitos y gustos adquiridos a lo largo de toda la vida. Los hábitos, gustos y estilos personales adquiridos y elaborados durante la vida, persisten en la vejez.

2.1.4.5 Los ancianos como subcultura.

Los grupos de ancianos se estudian utilizando una estratificación elaborada según la edad, en vez de una estratificación según la clase. La organización para ciudadanos de edad a la que pertenezca un individuo, ejercerá una influencia sobre su comportamiento.

2.1.4.6 Los ancianos como grupo minoritario.

En nuestra sociedad las personas de edad se sienten, por así decirlo, forzadas a formar una minoría. El grupo minoritario de los viejos ve además cómo se le atribuyen unos defectos que son precisos evitar a cualquier precio.

Las personas de edad que no representan la que tienen o que poseen conductas jóvenes son, por lo general, consideradas un tanto superiores a las demás.

La falta de movilidad, la pobreza, la segregación y la impotencia, trazos todos comunes a los grupos minoritarios, son también característicos de los viejos en América del Norte. El alcoholismo, la toxicomanía, la pobreza y la escasa autoestima se encuentran tanto en la subcultura de las personas de edad como en las demás minorías. Estos rasgos pueden influir en la forma en que son tratados los ancianos, así como en sus sentimientos hacia ellos mismos.

2.1.4.7 La estratificación social.

La noción misma de la estratificación supone una superposición de las capas sociales, aunque existan clases o grupos cuya posición en la jerarquía es relativamente libre o poco definida.

Parece ventajoso abandonar la infancia para ingresar en la edad adulta, siendo en efecto considerados los adultos como dueños de un poder y de una libertad superiores. Pueden parecer menos deseables otras capas de edad como la vejez, la cuarentena o la cincuentena.

2.1.4.8 La jubilación.

El trabajo nos fuerza pues, a estructurar el tiempo; nos impone igualmente, al menos en una cierta medida, la elección de nuestra indumentaria, del lugar en que habitamos, así como de la clase socioeconómica a la que pertenecemos. Es evidente que la jubilación que pone fin al trabajo, posee una connotación que va mucho más allá del cese del empleo.

A menudo, la jubilación tiene lugar tan rápidamente que el proceso adquiere el carácter de un simple suceso. Algunos son honrados con una

ceremonia más o menos formal, que marca el hecho de que se trata de un acontecimiento más que de un proceso. Constituye un momento crítico de la vida y, por ello, viene acompañado de una determinada inquietud y de un cierto desequilibrio.

Tras la jubilación ya no hay obligación de hacer “lo que quieren los demás” sino que puede hacerse “lo que se quiera”. Aunque esta situación puede hacer que se halle desorientado y se sienta angustiado y deprimido más que liberado.

La transición de la jubilación provoca cambios en la relación conyugal.

Un autor de orientación psicoanalítica, Frank (1977), aplica a la jubilación la noción tomada de Ferenczi (1952) de la “neurosis del domingo”, que pretende que uno se sienta angustiado y deprimido el domingo cuando no tiene nada que hacer. Algunos autores estiman que la jubilación obligatoria provoca a menudo dificultades, mientras que otros consideran que toda jubilación, incluso voluntaria, requiere un período de preparación y de orientación.

2.1.4.9 El ocio.

Se ha definido a las actividades que ocupan el ocio como “actividades personales y discrecionales en las que la expresividad se impone a la instrumentalidad”. Esas actividades hallan un fin en sí mismas.

2.1.5 La condición social de las personas de edad y los cambios sociales.

La posibilidad de jubilar a los trabajadores comporta aspectos a la vez positivos y negativos. Es positivo que una parte pueda abandonar el mercado de trabajo y ser mantenida por la productividad incrementada de quienes continúan trabajando.

Abandonar el medio laboral, con la inevitable reducción de los ingresos y el prestigio del individuo, constituye un aspecto negativo.

En una sociedad aún aferrada a la ética del trabajo, el hecho de realizar una tarea productiva ocupa un lugar importante en la jerarquía de los valores y algunos consideran el paro o el hecho de no tener actividad productiva como el más grave de todos los pecados, el que es preciso evitar a cualquier precio.

El contraste entre el aumento de la productividad y de la eficacia en nuestra sociedad, por un lado, y nuestro aferramiento a la ética del trabajo por el otro, comportan una cierta ironía y constituyen el origen de un conflicto.

Las investigaciones sobre la productividad de los trabajadores ancianos son muy numerosas.

La selección de una profesión constituye una de las tareas más importantes del adulto joven. Esta elección posee, en efecto, tres importantes consecuencias. Primeramente será la que determine, en gran parte, el futuro del o de la joven, puesto que la vida activa ocupa al menos la mitad de nuestra existencia. En segundo lugar, la duración de la vida aumenta paralelamente a la esperanza de vida.

El número de trabajadores ancianos continuará aumentando en un futuro que cabe prever; en segundo lugar, el comportamiento de estos trabajadores no es necesariamente inferior al de los jóvenes y en tercer lugar, los trabajadores ancianos son capaces de incrementar su producción y de reciclarse a condición de que la transformación de las tareas y los programas de reciclaje se adecuen a sus necesidades más que a la de los jóvenes.

2.1.6 La sexualidad en la Vejez.

El rechazo a la sexualidad geriátrica parece formar parte de un estereotipo cultural muy difundido y que pretende que las personas de edad son consideradas feas, débiles, desgraciadas e impotentes. Los medios de comunicación de masas presentan los objetos sexuales más deseables como individuos jóvenes, bellos y perfectos. La publicidad nos dice que para atraer y seducir a los miembros más deseables del sexo opuesto es preciso comprar productos que nos rejuvenezcan y nos hagan “bellos”. Nuestra sociedad se halla adoctrinada desde la infancia por la ideología de la juventud y de la belleza.

2.1.6.1 El envejecimiento y la respuesta sexual.

El envejecimiento no significa necesariamente el final de la actividad sexual. La sexualidad femenina no conoce límite de edad; en cuanto al hombre, éste conserva, con bastante frecuencia su capacidad sexual hasta los 80 años e incluso más allá.

2.1.6.2 La menopausia y la sexualidad femenina.

La menopausia es el período durante el cual se produce el climaterio femenino, es decir en que la mujer deja de poder procrear.

Buena parte de los efectos de la menopausia sobre la sexualidad dependen de la actitud de la mujer.

Las mujeres cuya vida sexual es regular y activa, experimentan escasas dificultades de lubricación vaginal.

Ningún factor fisiológico ligado al proceso natural de envejecimiento permite creer en una disminución del impulso sexual o libido, tanto en las mujeres como en los hombres de edad porque los componentes fisiológicos del impulso sexual se hallan ligados a la secreción de andrógeno procedente de las glándulas suprarrenales en las mujeres y no son en absoluto susceptibles de influencia por la menopausia y la histerectomía.

2.1.6.4 La fisiología de la sexualidad en el anciano.

En el comportamiento sexual del hombre se producen cambios más numerosos que en el de la mujer. Se estima que los hombres de edad que a) mantengan una actividad sexual regular, b) tengan una buena salud y c) conserven una orientación psicológica “sana”, pueden proseguir en numerosos casos su actividad sexual hasta los 80 y más años.

Se puede explicar el debilitamiento de la respuesta sexual con la edad por seis factores:

1. La monotonía de las relaciones sexuales repetitivas.
2. Las preocupaciones de orden profesional o económico.
3. La fatiga psicológica y física.
4. El abuso de la comida y el alcohol.
5. Las enfermedades físicas y psicológicas agravadas por los malos consejos de los médicos.
6. El temor al fracaso sexual asociado a uno u otro de los cinco factores precedentes o a sus efectos.

La mayoría de los investigadores coinciden en afirmar que la regularidad de las relaciones sexuales constituye el mejor medio de conservar la potencia sexual hasta una edad avanzada. Se recomienda a los hombres y a las mujeres que prosigan regularmente su actividad sexual, sea cual fuere su naturaleza, porque es una de las mejores maneras de asegurarse una vida sexual prolongada.

2.1.6.5 La homosexualidad y el envejecimiento.

Es cierto que los ancianos y los homosexuales son víctimas de una imagen estereotipada. El envejecimiento sobre los individuos “gays” es aproximadamente parecido al que tiene en los demás hombres. Con la edad, parece atenuarse el temor a ser descubiertos pues este miedo se halla con frecuencia ligado a la seguridad en el empleo y el progreso en la carrera; desaparece, pues, con la jubilación.

2.1.6.6 La vida en una institución y la sexualidad.

La institución puede adoptar una política de no intromisión conforme al principio de que las relaciones sexuales conciernen exclusivamente a la vida privada.

La institución puede adoptar una política permisiva, dando libertad para que los internados “hagan lo que se debe”, según la filosofía y los orígenes étnicos y sociales de la dirección, respetando los deseos expresados por los hijos de los internados.

La satisfacción sexual de los internados puede ser considerada como un importante medio de comunicación y como una actividad adecuada para humanizar la vida en la residencia.

La institución puede tratar de reglamentar la vida sexual de los internados, so pretexto de que las relaciones sexuales entre las personas de edad no resultan naturales y que lo que se sale de lo natural no está bien.

Según estudios realizados, los ancianos son considerados más deseables desde el punto de vista sexual que las ancianas, pero en realidad la capacidad sexual masculina está más disminuida que la femenina.

2.1.6.7 La sexualidad y los problemas médicos en los ancianos.

La cirugía prostática: no significa siempre el fin de la vida sexual del hombre. Son numerosos los que después conservan intactas sus funciones sexuales. No obstante, algunos la toman como pretexto para poner fin a su vida sexual.

- La diabetes: los diabéticos tienen una tasa de impotencia superior a los demás hombres.
- La vaginitis de senilidad: la mejor terapéutica es una vida sexual regular.

- Las afecciones cardíacas: las crisis cardíacas no necesariamente impide la actividad sexual.
- La impotencia: la mayoría es de naturaleza psicológica. Habría que instruir más a los ancianos sobre su capacidad sexual y los cambios que la edad puede aportar al respecto.

Es preciso saber también que se puede reanimar un deseo debilitado, recurriendo sencillamente a una técnica apropiada.

Otros datos:

A finales de la década del 60, la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena, revisó los aspectos más relevantes del plan de acción aprobado en la Reunión Regional sobre envejecimiento, convocada por la Comisión Económica para América Latina y celebrada en Costa Rica en marzo de 1982 y del plan Internacional aprobado en Viena en ese mismo año, donde se plantearon los principios básicos para brindar atención al Adulto Mayor así: “Los aspectos humanitarios y sus consecuencias para el desarrollo del proceso del envejecimiento de la población íntimamente relacionados entre sí, y que deben ser considerados en el conjunto integrado de los problemas de la sociedad nacional cuando se planifiquen los avances económicos.” La familia, en sus diferentes tipos, constituye la unidad fundamental de la sociedad y debe ser fortalecida y protegida. Su función es contribuir y satisfacer las necesidades de los ancianos y debe ser apoyada por el Estado.

En el primer congreso del Partido Comunista cubano se retomaron los principios relacionados con los aspectos humanísticos del envejecimiento y se adaptaron a la realidad cubana. Posteriormente se ha puesto de manifiesto el carácter humano y ético de la atención al adulto mayor, pues se considera al anciano como un ser biopsicosocial

digno, con derecho a una adecuada calidad de vida con el soporte del médico, la enfermera de la familia y la comunidad.¹⁰

Nuestra generación tiene que asegurar a los ancianos una asistencia rica en humanidad e impregnada de valores auténticos. A este respecto, pueden tener un papel determinante el desarrollo de la medicina paliativa, la colaboración de los voluntarios, la implicación de las familias – que por ello han de ser ayudadas a afrontar su responsabilidad – y la humanización de las instituciones sociales y sanitarias que acogen a los ancianos."¹¹

El término humanizar, cuyo origen exacto se ignora, aunque es muy probable que el término humanizar parta del siglo XV, en pleno apogeo humanista, desde su doble aspecto de interés por el ser humano y por las letras clásicas, pese a que no se registre todavía en el Diccionario de Autoridades de 1726.

El hombre primitivo tuvo que luchar y perfeccionar instrumentos de caza, pesca para su subsistencia, la mano como instrumento fue sufriendo cambios y adquiriendo destrezas con el único objetivo de lograr una ansiada perfección para trabajar.

Vemos entonces que la lucha que tuvo que sostener incluso contra la naturaleza el propio hombre, en la actualidad se ve minimizada por el deseo ferviente y continuo de trabajar menos y ganar más. Mientras el hombre trabaja su aptitud física y mental parece mantenerse en óptimo estado de ahí que se considera a la jubilación como una puerta de envejecimiento precoz.

¹⁰ Prieto Ramos y Vega García 2000)

¹¹ (Vaticano, 3 de abril de 2002 IOANNES PAULUS II 3)

La memoria, la afectividad, la visión, las relaciones interpersonales entre las generaciones se van deteriorando con la desocupación. Quienes logran obtener el beneficio de la jubilación han visto mermada ostensiblemente la cantidad de ingresos económicos. En el área rural el anciano además de ser consejero, es respetado, guardián de leyendas y tradiciones, persiste en sus labores en el campo y sufrirá menos el paso de los años, aunque no mantenga su ingreso económico.

"Por resolución 33/52 del 14 de Diciembre de 1978, la Asamblea General de las Naciones Unidas señaló para 1982 la celebración del Año Internacional del Anciano y organizó como evento central la Asamblea Mundial sobre "El Envejecimiento", que se realizó en Viena entre el 26 de Julio y el 6 de Agosto de dicho año".

Actualmente, se enfatiza las actividades para la protección de la salud del anciano, las mismas que están tomadas en cuenta por organismos nacionales e internacionales: es así, que en la última década algunos acontecimientos señalan la importancia que estos organismos internacionales y los países han dado al tratamiento de los problemas de la Tercera Edad, mereciendo destacarse: La reunión efectuada en Mayo de 2007 sobre Desarrollo Internacional del Envejecimiento donde se expresó retrospectivamente y prospectivamente el Programa de Atención del Anciano de la Organización Mundial de la Salud.

El gerontólogo chileno Fernando Lolas, buscando una definición de calidad de vida dice que " se trata, por ende, de un constructo subjetivo, multidimensional y complejo: es la propia satisfacción, en diversas áreas vitales e incluye aspectos positivos y negativos".

El concepto de calidad de vida, lleva implícitos el de nivel de vida, modo de vida, condiciones y estilo de vida; algunos de estos son objetivos, otros subjetivos pero están tan interrelacionados entre sí y

además son tan singulares que se hace muy difícil deslindarlos y sopesarlos en forma individual.

Muchos estudios se están realizando, escalas psicométricas con distintos ítems que dan hasta ahora resultados dispares, porque sin duda las condiciones y las gentes son distintas. Medir la calidad de vida no es fácil, no hay consenso en la definición, porque interesan no sólo las condiciones objetivas de vida, que responden a lo que se considera necesidades básicas, (económicas, culturales, de salud) y la cantidad de posibilidades y de limitaciones funcionales, sino además la percepción y la repercusión que de todo ello tiene el individuo.

La calidad de vida está asociada a la percepción que cada persona tiene de lo que significa o significaría vivir satisfactoriamente, en cuanto a condiciones de vida. Aunque haya factores objetivos que la influyen, la calidad de vida tiene una connotación subjetiva fundamentalmente. Esto es como cada uno quiere o puede percibir la satisfacción de vivir.

En general nos referimos siempre a la etapa del envejecimiento, ya que en la vejez, esto es a partir de los 80 años, se agregan o toman mayor importancia datos de las enfermedades o incapacidades muchas veces muy invalidantes. Se requieren otro tipo de cuidados y las variantes también están dadas por el grado de dependencia que se tiene, el vivir en su domicilio o en instituciones, solo o acompañado.

Por eso es que rescatamos lo subjetivo en la apreciación de la calidad de vida, en cómo vive cada uno sus condiciones, que significación hace de lo vivido, que valoración tiene de su persona y de sus posibilidades, que grado de plasticidad posee como para ir cambiando y adaptarse a las nuevas exigencias, que capacidad de goce o placer dispone, que grado de auto-estima, que disponibilidad para nuevos vínculos, siempre enriquecedores, que aptitud para aprender y reflexionar... en fin, esto es

parte de lo subjetivo de lo que hablamos y que hace diferir a un individuo de otro.

2.2 Teoría existente

América Latina se ha comprometido con un modelo de desarrollo incompleto porque se ha centrado en la estabilidad macroeconómica de corto y mediano plazo, dejando de lado problemas estructurales, entre los cuales la equidad es el más apremiante. En los países de América Latina y el Caribe, sobre todo las del sector popular constituyen el núcleo en torno del cual se organiza la familia, funcionan como dispensadoras de cuidados de sus hijos y de sus padres mayores, son amas de casa, entendiéndose por ello una suma de tareas cotidianas, de disciplina, sostén emocional de la familia y a menudo las que deben adoptar decisiones. Por lo menos una tercera parte de la población de ingresos más bajos en América Latina y el Caribe se ha mantenido a flote debido a que las mujeres pobres han trabajado más intensamente y durante más horas.¹²

Dado que los roles y estereotipos sexuales dentro del hogar aún permanecen casi inalterables en la mayoría de las familias, el desempleo del marido da a la mujer una carga extra, la cual generalmente no está capacitada para asumir. El marido sin empleo no atiende generalmente las tareas domésticas y el cuidado de los hijos en la misma forma que la esposa, mientras que ésta asume sobre sí todo el trabajo fuera y dentro

¹² La Habana Prieto Ramos O, Vega García E. Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva. 2da ed. La Habana: Editado por PALCO. 2000.

de la casa. Esta situación lleva a las familias a un repentino cambio de roles y en una porción cuantitativamente importante de los núcleos familiares, estas modificaciones producen situaciones de agresividad latentes, que van en deterioro de las relaciones intrafamiliares. El desempleo del marido, en los grupos de mediana edad -40/50 años - produce el ingreso al mercado de trabajo de un sector de mujeres mayores que acceden al mismo por primera vez sin un caudal educativo adecuado, agravado en los últimos años, con la precarización del empleo sobre todo el femenino.¹³

Vivimos en un mundo donde impera la violencia, producto de una crisis integral, política, social y económica que castiga duramente a amplios sectores sociales. Dentro de este contexto, son excluidos del sistema social, un gran número de seres humanos pertenecientes a los sectores más vulnerables de la población: niños, jóvenes, discapacitados, mujeres y **ancianos**. Estos grupos son los que más sufren violencia social en sus múltiples facetas: las actividades violentas afloran y se descargan sobre los más débiles.

El envejecimiento, o proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo, se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida dentro de la propia estructura social, siendo la ancianidad la fase final de la vida.

¹³ VARELA L, Y COLS. Tópicos Selectos en geriatría. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú 2000

2.2.1 Descripción de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui.

2.2.1.1 Antecedentes:

La Unidad de Atención Ambulatoria de IESS Atuntaqui, se inició como Dispensario N° 12 con el Ing. Alfonso Calderón Moreno el 1º de Mayo de 1950, posteriormente convirtiéndose en Clínica Regional del IESS, misma que brindaba atención con los servicios de hospitalización y consulta externa a la población Afiliada de las provincias de Imbabura, Carchi, Esmeraldas, Norte de Pichincha (Cayambe) y Sucumbíos.

En el año de 1997 se construyó el Hospital Regional N° 8 del IESS en Ibarra, y de aquí la clínica del IESS se convirtió en lo que hoy es la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS Atuntaqui, brindando atención de consulta externa a la población Afiliada del Cantón Antonio Ante.

2.2.1.2 Aspectos geográficos:

Provincia: Imbabura

Cantón: Antonio Ante

Parroquia: Atuntaqui

Barrio: Santa Marianita

Dirección: Av. General Enríquez 12-43 y Atahualpa

Infraestructura física: propia

Responsable de la unidad: Dr. Ricardo Játiva A. Director Técnico

2.2.1.2.1 Límites de la Unidad Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui:

Norte: Bellavista de San Antonio, Los óvalos, Chaltura, Natabuela

Sur: La Merced de San Roque, yanayacu, Ilumán,

Este: Santa Isabel, Santa Bernardita, Andrade Marín

Oeste: Imantag, Atuntaqui.

Población asignada (en número de habitantes): 3.239 Habitantes

2.2.1.2.2 Infraestructura de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui.

- Área total del terreno = 5800 metros
- Área de construcción = 1800 metros
480 metros área remodelada.
- Antigüedad = 60 años
- Material predominante = ladrillo, piedra vista, teja.
- Valor monetario estimado = 200.000 dólares

Instalaciones:

a) Eléctricas:

- Año de instalación: 2006
- Período de mantenimiento: No existe Mantenimiento

b) Sanitarias

- Año de instalación: 2006
- Periodo de mantenimiento: No existe mantenimiento

c) Telefónicas:

- Año de instalación: 2006
- Periodo de mantenimiento: No existe mantenimiento

d) Cableado estructural:

- Año de instalación: 2010 cableado de 12 puntos.
- Periodo de mantenimiento: No existe mantenimiento.
- Características mínimas del cableado estructurado: 12 puntos

2.2.1.3 Visión de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui.

La Visión de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS Atuntaqui, es brindar atención médica oportuna a los Afiliados activos, voluntarios, montepío, Jubilados y Campesinos, con profesionalismo y humanismo, ampliando su cobertura de atención con calidad y calidez priorizando la salud preventiva de enfermedades crónicas degenerativas.

2.2.1.4 Misión de la Unidad de atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui.

Brindar atención médica a la demanda de la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, y proteger contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgo del trabajo, solidaridad, eficiencia, eficacia, y subsidiaridad.

2.2.1.5 Dinámica poblacional:

La Unidad de Atención Ambulatoria del IESS Atuntaqui actualmente es una unidad de tipo C que presta atención primaria de salud con el servicio de consulta externa, se encuentra ubicada en cantón Antonio Ante de la provincia de Imbabura, con una población de aproximadamente de 37.000 habitantes de los cuales 17.775 es población urbana, este cantón es evidentemente textil por la cantidad de fábricas que existen 500 aproximadamente empresas privadas y una población afiliada de 3239 habitantes.

- ✓ Crecimiento poblacional: 2.5 anual, según datos del INEC

- ✓ Población beneficiaria del IESS: afiliados activos, voluntarios, pensionistas (jubilados, montepíos) Número, por grupo etáreo y sexo:
 - Activos: 1670
 - Jubilados: 789
 - Voluntarios: 420
 - Montepío: 360

FRANJA ETAREA	TOTAL	PORCENTAJE
De 18 a 30 años	743	12.60%
De 31 a 45 años	1513	25.66%
De 46 a 65 años	2099	35.59%
Mayores de 65	1536	26.05%
Sin fecha de nacimiento	6	0.10%
TOTAL	5897	100%

Fuente: Call center.

Grupo etáreo	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje
23-39 años	4958	5649	10607	29.4%
40-59 años	2783	3075	5858	16.2%
60-79 años	1605	1783	3388	9.39%

Fuente: INEC

2.2.1.6 Perfil Epidemiológico de La Unidad de Atención Ambulatoria del IESS Atuntaqui Año 2009. (Diez Primeras Causas de Morbilidad)

ENFERMEDAD	PORCENTAJE 5624 ATENCIONES 2008
Hipertensión arterial	14.4%
Infecciones respiratorias	9.4%
Síndrome depresivo	5.6%
Lumbalgia	5.4%
Osteoartrosis	4.8%
Diabetes mellitus	4.5%
Parasitosis	4.1%
Hiperlipidemias	3.6%
Gastritis	3.1%
Infecciones gastrointestinales	2%

Fuente: Planificación Estratégica Unidad de Atención Ambulatoria del IESS - Atuntaqui

2.2.1.7 Servicios que presta la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui.

SERVICIOS ACTUALES	Horario de atención		
	mañana	tarde	noche
Medicina general	8 H00	16 H00	-
Odontología	8 H00 – 12H00		-
Laboratorio	7 H00	13H00	-
Farmacia	8 H00	16H00	-
Enfermería	8 H00	16H00	-
Servicios administrativos	7 H30	16H00	-

Fuente: Planificación Estratégica Unidad de Atención Ambulatoria del IESS - Atuntaqui

2.2.1.8 Recurso humano con el que cuenta la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui.

Recursos Humanos	Nombramiento	Contratos
Dr. Ricardo Játiva A	Medico /Director Técnico	
Dr. Antonio Cuasapaz	Odontólogo	
TMd. Anita Ponce	Tecnólogo Médico	
Lcda. Gabriela Cruz		Enfermera
Sra. Sheila Cabascango	Aux. de Contabilidad	
Sra. Genoveva Aguirre	Aux. de Odontología	
Dra. María Clara Obando		Médico Familiar.
Sr. Byron Molina		Aux. de Conserjería

Fuente: Planificación Estratégica Unidad de Atención Ambulatoria del IESS - Atuntaqui

2.2.1.9 FODA de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui.

MATRIZ FODA			
ENTORNO (MEDIO EXTERNO)			
1		2	
OPORTUNIDADES (+)		AMENAZAS (-)	
1	Población demanda más servicios de salud	1	Insatisfacción del usuario
2	Gran capacidad de organización social para exigir derecho a la seguridad social	2	Envejecimiento de la población
3	Nuevo marco Constitucional que define sistema de Seguridad Social	3	Corrupción de los mandos directivos
4	Obligatoriedad de alcanzar el equilibrio financiero en los prestadores internos	4	Volumen de población del SSC crece (no hay cálculo de siniestralidad)
5	Readecuación de la organización en red de la atención en salud	5	Desconocimiento de cómo están haciendo la nueva ley de seguridad social
6	Planificación estratégica de abajo hacia arriba normada por SENPLADES	6	Selección adversa por parte de seguros privados
7	Capacidad de alianzas estratégicas con otras instituciones (SRI, Cruz-roja, registro civil)	7	Riesgo Moral para la sobreutilización de las prestaciones
8	La Constitución define un campo amplio de derechos -la seguridad social	8	Prejuicio de los medios de comunicación respecto a las prestaciones
3		4	
FORTALEZAS (+)		DEBILIDADES (-)	
1	Ingresos garantizados	1	Falta de gestión presupuestaria y administrativa

2	Existencia del fondo capitalizado	2	Estructura orgánica incompatible para cumplir las funciones del seguro (procesos)
3	Alta fidelidad del afiliado por los servicios más especializados y hospitalización	3	Procesos administrativos centralizados no permite desarrollo de las unidades
4	Decisión política para mejorar recaudación	4	No hay monitoreo ni evaluación
5	Fuerte y amplia Capacidad de servicio instalada	5	Falta de comunicación y coordinación interna
6	Seguro sin límites ni restricciones	6	Falta de un sistema de información (clínico integrado)
7	Garantía del derecho en todo el territorio nacional	7	Falta de estímulos desarrollo de RRHH y sistema de remuneraciones (política para de RRHH)
8	Capital humano altamente técnico y capacitado área médica	8	No contamos con personal técnico para funciones del seguro
INSTITUCION (MEDIO INTERNO)			

Fuente: Planificación Estratégica Unidad de Atención Ambulatoria del IESS - Atuntaqui

2.3. Aspectos legales.

Se considerarán aquellos que se encuentran estipulados en la Ley de la Seguridad Social y en particular en la resolución 056, donde norma la creación y funcionamiento de acuerdo a niveles y requerimientos del país.

Y lo estipulado en la Resolución No-C.D. 262, del 27 de Mayo del 2009, en vigencia y más Leyes Nacionales e Internacionales en favor de los Gerentes.

Es importante mencionar que la Ley de Seguridad Social, libro 1º del Seguro General Obligatorio Título 1, Del Régimen General. Cap. 1: Normas Generales. Art. 1.- Principios Rectores... su organización y

funcionamiento se fundamentan en los principios de Solidaridad, obligatoriedad, universalidad, Equidad, Eficiencia, Subsidiaridad y Suficiencia.² También lo estipulado en el Sistema de Administración de la Seguridad y Salud en el Trabajo,... para alcanzar las metas y objetivos de bienestar para el talento humano interno y externo.

Es por ello que el INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, a través del CONSEJO DIRECTIVO, en su RESOLUCION No-C.D.262, manifiesta su CONSIDERANDO:

Que, por mandato constitucional contenido en el Art.35 de la Constitución de la República del Ecuador, "Las personas adultas mayores,... y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privado.

Así también, el Art.38 de la Constitución Política del Estado Ecuatoriano, dispone que: "El Estado establecerá políticas públicas y programan de atención a las personas adultas mayores, qué tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular, el Estado tomara medidas:3.Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social;...5.Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales;...9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

Que. el Art. 30 del Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ,determina las responsabilidades de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, entre los cuales consta:" ...3. La coordinación con las direcciones de los diferentes seguros especializados y las direcciones provinciales para el desarrollo de los planes y programas de interés común;...14. La supervisión y control de los programas operativos anuales del servicio para la tercera edad, en cada circunscripción, con sujeción a las disponibilidades presupuestarias establecidas por el Consejo Directivo del IESS",

Que, el Art. 34 ibídem, en su numeral ...3, establece como una de las responsabilidades de las Unidades Provinciales de Salud Individual y Familiar, la difusión y ejecución de los programas de asistencia a la tercera edad, aprobados por la Dirección General;

Que. el Art. 2 de la Ley del Anciano dispone : "El objetivo fundamental de esta Ley es de garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la Salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención GERIATRICA-GERONTOLOGICA INTEGRAL y los servicios sociales necesarios para su existencia útil y decorosa.

Entre otros Artículos, en los que se manifiestan en las RESOLUCIONES y DISPOSICIONES FINALES, mismos que se encuentran en vigencia desde el 27 de Mayo del 2009, con firmas de Responsabilidad de los Miembros del CONSEJO DIRECTIVO DEL IESS, en formato de 5 fojas útiles de la respectiva Resolución.

2.4 Glosario de términos:

Calidad de atención: La calidad de la atención integral se define como: administrar toda la organización de tal forma que esta supere todas las características de los productos y servicios que resultan importantes para el cliente. Lo esencial es encontrar que es importante para el cliente y luego crear la clase de cultura corporativa que motive y permita que el trabajador haga lo que esté a su alcance para proporcionar un servicio de calidad.

Diabetes mellitus: La diabetes mellitus se considera un desorden metabólico que tiene como principal signo el aumento de la glucosa en sangre que puede ser provocada por la falla de la acción de la insulina y/o su producción.

Dinámica poblacional: Se desarrolla en el tiempo y en el espacio y se determina por factores que actúan en la población. Se refiere a la dispersión (referente a los migrantes), densidad (oscilación de la concentración de los individuos de una población) y crecimiento (aumento de la población desechando la mortalidad de los mismos) de la población.

Enfermedades crónico – degenerativas: Son las enfermedades características de la tercera edad que ya vienen desarrollándose desde algún tiempo y que van asociándose a otras patologías.

Geriatría: Parte de la medicina que se ocupa de las enfermedades de la vejez y de su tratamiento.

Gerontológico: Todo lo referente al envejecimiento en todos sus aspectos.

Hipertensión arterial: La hipertensión arterial sistémica, (definida como la elevación crónica de la presión arterial sistólica y/o diastólica) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes. El diagnóstico se establece con la medición de la tensión arterial. Por encima de 120 / 80 mmHg se considera hipertensión arterial en sus diversos grados.

Jubilación: Acción y efecto de jubilar. Jubilar: Eximir a una persona de la obligación de trabajar por haber alcanzado la edad reglamentaria y por sus años de labor o por su incapacidad física, asignándole una remuneración periódica vitalicia.

Morbilidad: Estadística de los casos de cierta enfermedad en un lugar y períodos determinados:

Mortalidad: Número o porcentaje de muertes ocurridas en un lugar y durante un lapso determinado.

Satisfacción: La acción de satisfacer. Gusto, placer. Realización del deseo o gusto. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja. Al ser definida como la acción de satisfacer, se puede observar qué significa satisfacer: "Pagar enteramente lo que se debe, aquietar, saciar, dar solución, cumplir, llenar...Gustar, agradar a una persona algo o alguien. Aquietarse o persuadirse con una razón eficaz.

Usuario interno: Son todos los y las pacientes que acuden a la Institución de Salud, de cualquier edad. Y que pueden ser parte de los socios Activos, jubilados, Montepío, y Voluntarios.

Usuario externo: Son todos los que se consideran como talento humano que acceden a los servicios de la Institución de Salud y que tiene derecho a su atención.

SIGLAS:

FAO: Food and Agriculture Organization

FODA: Fortalezas, Oportunidades, Destrezas y Amenazas

IEPS: Instituto de Economía Popular Solidaria.

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

MPS: Ministerio de Salud Pública.

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PAE: Programa Aliméntate Ecuador.

SABE: Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento.

UAAIA: Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo De Investigación

Se empleó una investigación de tipo Mixta, ya que parte de la investigación que se enmarca en el paradigma Positivista y otra en la investigación Fenomenológica. De acuerdo a la situación, al tiempo, a las características del problema, a su propuesta, la investigación se encuadrará dentro de algunos tipos de investigación.

Es de tipo **Positivista**, porque se recolecto datos para cuantificarlos y posteriormente analizarlos; **Exploratoria**, porque es un problema poco estudiado en el sector salud que determinará causas y efectos de los eventos, es decir, establecer la situación actual de la Atención de Salud a los Adultos Mayores en el UAA-IA; **Cualitativa** ya que algunos datos recabados son de criterio, partiendo de la identificación de un problema y caracterizando los participantes. Participan en el estudio los propios beneficiarios a los cuales se determinará los niveles de vida como indica la investigación **Demográfica. Descriptiva:** Porque se describen las características socio demográficas de los usuarios internos y externos, los servicios que presta el CAAA-IEES, la percepción de los usuarios internos y externos respecto del servicio. Y **Propositiva:** Porque elabora una propuesta para la readecuación y creación de un Centro de Atención Integral del Adulto Mayor.

Luego de realizado el estudio teórico se planteó el diagnóstico y con los resultados obtenidos el diseño de una propuesta de cambio.

3.2 Diseño De La Investigación.

El presente estudio es de diseño **No Experimental**, ya que no se empleó laboratorio, ni ensayos, tampoco repeticiones; es un a **Investigación de Campo** en la que se trabajó en el lugar del problema, acopiando información en encuestas previamente elaboradas para el efecto y a través de entrevistas. Es una investigación **Histórica** al realizar un estudio de los antecedentes en años pasados sobre el problema y encontrar soluciones que sean proyectadas al futuro.

Se enmarca en un diseño Transversal ya que se lo realiza en un período 2010 - 2011 en el Centro de Atención Ambulatoria del IESS Atuntaqui.

Flexible porque se articula con la realidad del entorno en los aspectos, físico, social, económico, cultural y político.

3.3 Variables

Para el presente estudio se emplearon variables Cualitativas - cuantitativas, en el propósito de analizar los datos numéricos y de criterio; una vez procesados se procedió a cuantificar considerando escalas predeterminadas, las variables estudiadas son:

1. Información General: Aspectos **Sociodemográficos**

2. Evaluación sobre la **percepción de Satisfacción de la Atención de Salud**, para lo que se consideraron cuatro ítems.
3. Descripción de criterios de **necesidad de Reestructuración y readecuación** de la Unidad

Para valorar el tipo de escala más idónea se tomó en cuenta la opinión de diversos autores¹⁴. Si bien la escala de intervalo tiene ventajas al momento de elaborar los resultados y el posterior análisis estadístico, la población de edad avanzada sobre todo, tiene serias dificultades para dar un valor numérico, y se comprueba con frecuencias que no corresponden a la valoración verbal o incluso gestual, por ello la valoración en el cuestionarios es más bien categorial ordinal, es decir se dan opciones de respuestas ordenadas en categorías que van de mejor a peor.

Definición Conceptual de la Variable 1

Características Sociales y Demográficas del personal de salud (usuarios internos) y un grupo de 102 Afiliados Jubilados de la Asociación de Jubilados de Antonio Ante (usuarios externos) de la UAAI - A.

Definición Conceptual de la Variable 2

Satisfacción del paciente con la atención recibida, mediante la prestación de un servicio de salud de mayor calidad. Es un enfoque de

¹⁴ Servicio Andaluz de Salud (SAS). La Sanidad desde el otro lado 2002, link [http://www.google.com.ec/#hl=es&source=hp&q=Servicio+Andaluz+de+Salud+\(SAS\).+La+Sanidad+desde+el+otro+lado+2002&btnG=Buscar+con+Google&oq=Servicio+Andaluz+de+Salud+\(SAS\).+La+Sanidad+desde+el+otro+lado+2002&aq=f&aql=&aql=&gs_sm=s&gs_upl=393813938101734411110101010171117110.11110&fp=219da0fa6622e3d0&biw=892&bih=617](http://www.google.com.ec/#hl=es&source=hp&q=Servicio+Andaluz+de+Salud+(SAS).+La+Sanidad+desde+el+otro+lado+2002&btnG=Buscar+con+Google&oq=Servicio+Andaluz+de+Salud+(SAS).+La+Sanidad+desde+el+otro+lado+2002&aq=f&aql=&aql=&gs_sm=s&gs_upl=393813938101734411110101010171117110.11110&fp=219da0fa6622e3d0&biw=892&bih=617) Streiner D:L: y Norman G.R. Health measurement scales. Aguide to their development and use. 2º ed. Gran Bretaña: Oxford University Press, 2001

dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos.

Definición Conceptual de la Variable 3

Necesidades de servicios y/o unidades de atención propias de las patologías que afectan a los adultos mayores y que permitan brindar una atención adecuada y oportuna para lograr su satisfacción.

3.3.1 Variables aplicadas a los usuarios externos.

VARIABLE	SUB-VARIABLES	INDICADOR	ESCALA
Datos Socio demográficos	Género	Género	Femenino Masculino
	Lugar de residencia	Ciudad	Antonio Ante Otro lugar
	Estado civil	Estado civil	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo /a
	Edad	Grupos de Edad	< 60 años 60 – 69 años 70 – 79 años > 80 años
	Profesión	Profesión actual	Empleado Agricultor Jornaleo /albañil Jubilado
	Tipo de vivienda	Vivienda	Propia Arrendada

			Por servicios Beneficencia
	Ingreso mensual	Ingreso mensual	< 1 salario mínimo vital Equivalente a un salario mínimo > 1 salario mínimo vital.
	Servicios higiénicos	Si No	Si No
		Luz	Si No
		Alcantarillado	Si No
		Servicios higiénicos	Si No
Salud	Patologías que presenta actualmente	Enfermedades cerebro – cardio – vasculares.	Si No
		Enfermedades emocionales	Si No
		Enfermedades tumORAles	Si No
		Reumatismo y dolores osteomusculares.	Si No
		Enf. Aparato respiratorio	Si No
		Afecciones oculares	Si No
		Enf. Viar urinarias	Si No
		Enf. Aparato digestivo.	Si No
Percepción de Satisfacción de Atención de Salud	Tipo de atención.	Satisfacción de la atención recibida	Satisfactoria Insatisfactoria Medianamente satisfactoria NS / NC
		Calidad en las especialidades que se ofertan	Satisfactoria Insatisfactoria Medianamente insatisfactoria NS / NC

	Razones para el cambio	Necesidad de transformación de la Unidad	Para cubrir las necesidades de usuarios Para evitar la referencia Facilitar la atención de patologías prevalentes No es necesario.
Criterios sobre necesidad de Restructuración y readecuación de la Unidad	Escasez de Servicios propios del Adulto Mayor	Necesidad del Servicio de Rehabilitación Física	Si No
		Percepción sobre la suficiencia de espacio para la Instalaciones	Si No

3.3.2 Variables aplicadas a los usuarios internos

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
Percepción sobre la calidad de atención	Atención con calidad	Si No
Capacitación profesional	Frecuencia de capacitación	Rara vez Hace un año Hace 6 meses.
	Disponibilidad de capacitación.	Si No
	Disposición de Manual de protocolos de atención	Si No
	Nivel de compromiso	Si No
Restructuración y readecuación de la Unidad	Necesidad de transformación de la Unidad	Si No

3.4 Población

El Universo en estudio es el Personal de Salud de la Unidad de Atención Ambulatoria IESS – Atuntaqui y los usuarios.

Las unidades de observación son 110 usuarios, con un 7.2% de usuarios internos (todo el personal que labora en la CAA IESS Atuntaqui) y 92.7% usuarios externos - Afiliados Jubilados de la Asociación de Jubilados de Antonio Ante.

3.5 Métodos.

Se realizó una inducción y deducción de la información previa consultada en la parte teórica de la UAAI - A, los usuarios Adultos mayores y diversos modelos de Planificación Estratégica, se emplearon métodos teóricos basados en el análisis y síntesis de los datos obtenidos en la investigación de campo.

Métodos Empíricos: Es primordial los datos recogidos en la investigación de campo a través entrevistas para la aplicación de encuestas, que dan al investigador información directamente de la fuente primaria sobre sus percepciones del problema y posibles soluciones.

Método Matemático: Una vez realizada la investigación de campo, recolectados los datos necesarios para ser procesados estadísticamente utilizando medidas de tendencia central, se procedió a presentarlos a través de cuadros y gráficos.

Método Descriptivo: Se describen los resultados obtenidos para analizar la situación actual de la Unidad de atención y elaborar la propuesta.

Método Propositivo: Porque evalúa y analiza la realidad circundante y elabora una propuesta de Atención Integral del Adulto Mayor.

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección:

Se utilizó la técnica de investigación documental, para la revisión de Bibliografía, para apoyar el análisis y síntesis. El Instrumento que permitió levantar la Información fue una encuesta a través de una entrevista realizada a cada uno de los participantes en el estudio.

3.7 Estrategias:

Inicialmente para decidir el instrumento a utilizar se procedió a elaborar la matriz de operacionalización de variables, identificando tres variables a estudiar. Se dimensionó cada variable atendiendo los objetivos planteados, determinando indicadores e índices de medición, permitiendo su exactitud facilitando elaborar las preguntas, lo que permitirá evidenciar las necesidades de atención de los Adultos Mayores.

3.8 Procedimiento investigativo bibliográfico:

La primera tarea considerada reside en indagar el material bibliográfico existente sobre el tema seleccionado, examinando el contenido y la orientación de los trabajos, e incluir en la investigación.

El procedimiento bibliográfico atendió la táctica metodológica planteada para la lectura crítica de textos, artículos científicos entre otros, mediante el fichaje mnemotécnico analítico de las obras, y luego la elaboración del informe. Así también se construyeron las síntesis y

conclusiones de todo el material, examinando materiales propios de la institución, datos estadísticos, elaboración de readecuación de servicios de salud. Una vez evaluado el material, fue utilizado y referido en el desarrollo del trabajo.

3.9 Procedimiento investigativo de campo:

Una vez elaborado el instrumento/encuesta previamente diseñada para el efecto, se validó en una población de características similares a la de los investigados, para posteriormente revisadas y readecuadas se aplicó a todos los usuarios internos y al grupo de usuarios externos seleccionados al azar del grupo de Afiliados Jubilados pertenecientes a la Asociación de Jubilados de Atuntaqui.

El proceso del trabajo de campo es Bietápico: en primer término se aplicaron las encuestas a los Usuario Internos y Externos de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui, analizados los resultados obtenidos se elaboró la Propuesta para un Modelo de Atención Integral del Adulto mayor en la Unidad de Atención Ambulatoria Geriátrica – Gerontológico del IESS – Atuntaqui.

3.10 Procedimiento de la propuesta:

3.10.1 Diagnóstico

Es la parte fundamental en la investigación, ya que a través de este se podrá tomar las medidas adecuadas para buscar la solución al problema; y por último encontrar la solución al problema que aqueja en este caso a la población de Adultos Mayores de Atuntaqui.

3.10.2 Solución

El medio que permite mejorar la calidad de atención de los adultos mayores usuarios de la UAAI - A, y así también que sea factible ejecutarlo.

3.11 Trascendencia científica del estudio y Valor práctico del estudio:

La importancia práctica del estudio, trasciende en el beneficio de los beneficiarios internos y externos de la UAAI - A, así también a las demandas planteadas por la OPS/OMS para la atención adecuada, de calidad y con candidez de los Adultos Mayores usuarios de este servicios de salud.

Así también el aporte que este trabajo deja a los Directivos y Autoridades de los Afiliados Jubilados para la reestructuración del Centro de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui que sin lugar a dudas brindará atención preventiva a la población de obreros del Centro de Desarrollo Textil de la Provincia; pero, además, se deja un modelo para posteriores investigaciones, en el mismo sector o en otro lugar, pero con la única finalidad de continuar poniendo soluciones a problemas de salud que afectan a la población de Adultos Mayores.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS:

Introducción:

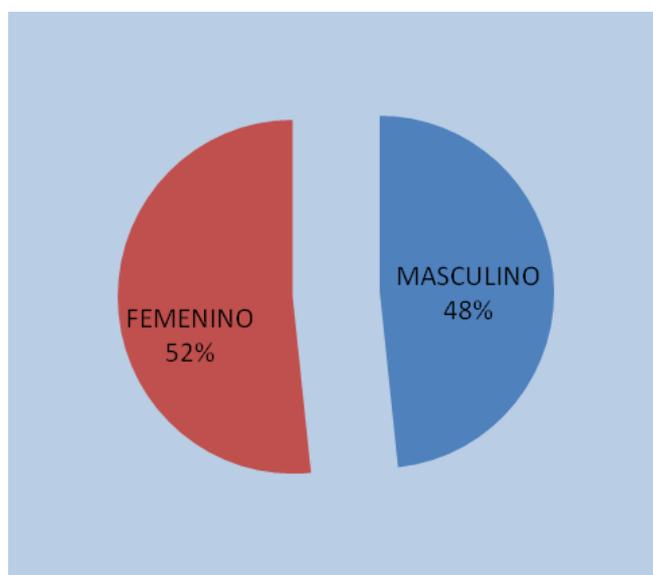
La investigación se desarrolló en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui, con el motivo de conocer las necesidades y la percepción tanto de los usuarios internos como externos en lo referente a la Atención Integral y con calidad y de sobremanera para los usuarios que pertenecen al a tercera edad. Como se detalló en los capítulos anteriores el motivo de la investigación es el de reactivar los programas de terapias ocupacionales y brindar una atención con calidad e integral con todas las especialidades que se requiere.

Se utilizó como instrumento una encuesta de satisfacción a 102 usuarios externos que se encuentren dentro del grupo considerado tercera edad (> 60 años) y a 8 usuarios internos que son todo el personal con el que cuenta la Unidad para obtener datos sobre satisfacción, causas de morbimortalidad y las necesidades reales de la Institución; datos que se presentan a continuación:

4.1 Análisis e interpretación de resultados.

4.1.1 Resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a los usuarios externos.

GRÁFICO N° 1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN GÉNERO DE LOS ADULTOS
MAYORES ESTUDIADOS, ATUNTAQUI 2010



Fuente: Encuesta realizada a los Afiliados Jubilados de la Asoc. Jubilados de Atuntaqui.

Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

En el grupo de estudio observamos que en mayor número se encuentran las mujeres, datos que coinciden con la población nacional y los datos obtenidos por el aumento de la esperanza de vida al nacer que es más alta para las mujeres que para los varones. Sin embargo se puede concluir que existe una relación de 0.92 mujeres por 1 hombre.

GRÁFICO N° 2
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS
ADULTOS MAYORES ATUNTAQUI 2010.



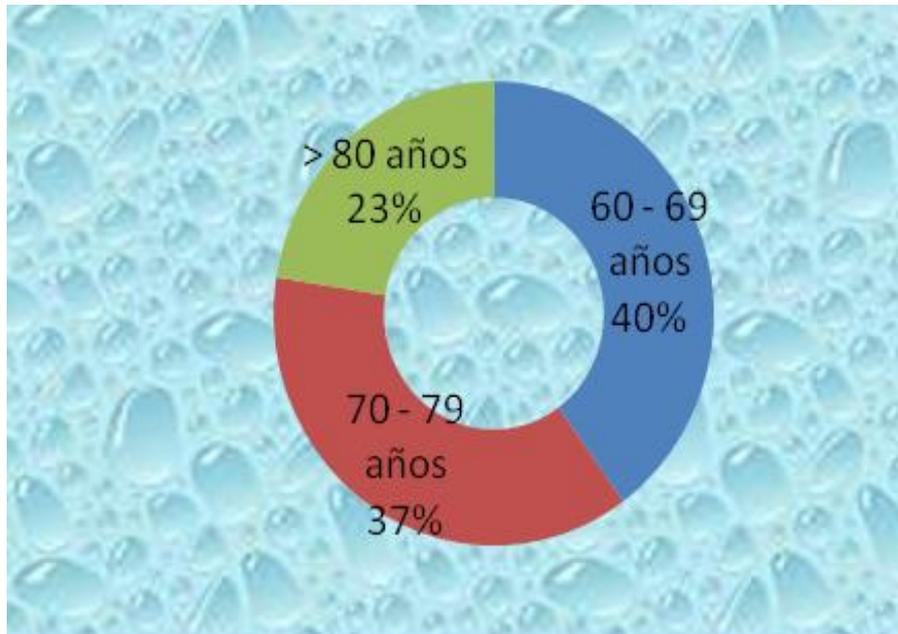
Fuente: Encuesta realizada a los Afiliados Jubilados de la Asoc. Jubilados de Atuntaqui.

Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

Al analizar el lugar de nacimiento, se observa que el mayor porcentaje nacieron y permanecen en esta ciudad toda su vida, en menor porcentaje provienen de otros lugares es probable que siendo una ciudad industrial la razón más importante pueda ser el trabajo; los lugares de migración son de parroquias pertenecientes al Cantón Antonio Ante. Entonces se puede inferir que la demanda poblacional es alta, corroborándose los datos que se detallan en el capítulo II.

GRÁFICO N° 3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD DE LOS ADULTOS
MAYORES. ATUNTAQUI 2010.



Fuente: Encuesta realizada a los Afiliados Jubilados de la Asoc. Jubilados de Atuntaqui.

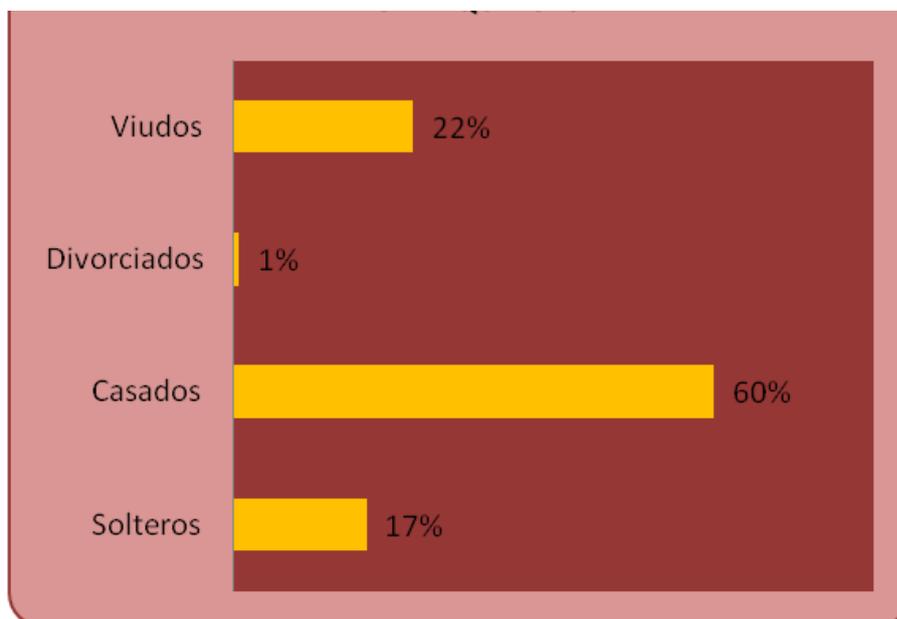
Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

El grupo etáreo más representativo dentro de los adultos mayores fue el de 60 – 69 años, seguido del de 70 – 79 años y por último los más añosos.

Lo que indica que es un grupo poblacional está dentro de los parámetros de Adultos Mayores que el Estado debe atender con eficiencia y eficacia por ello el Sector de la Salud debe hacerse responsable y tratar de brindar la mejora atención integral que esté al alcance.

GRÁFICO N° 4
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL DE LOS
ADULTOS MAYORES ATUNTAQUI 2010



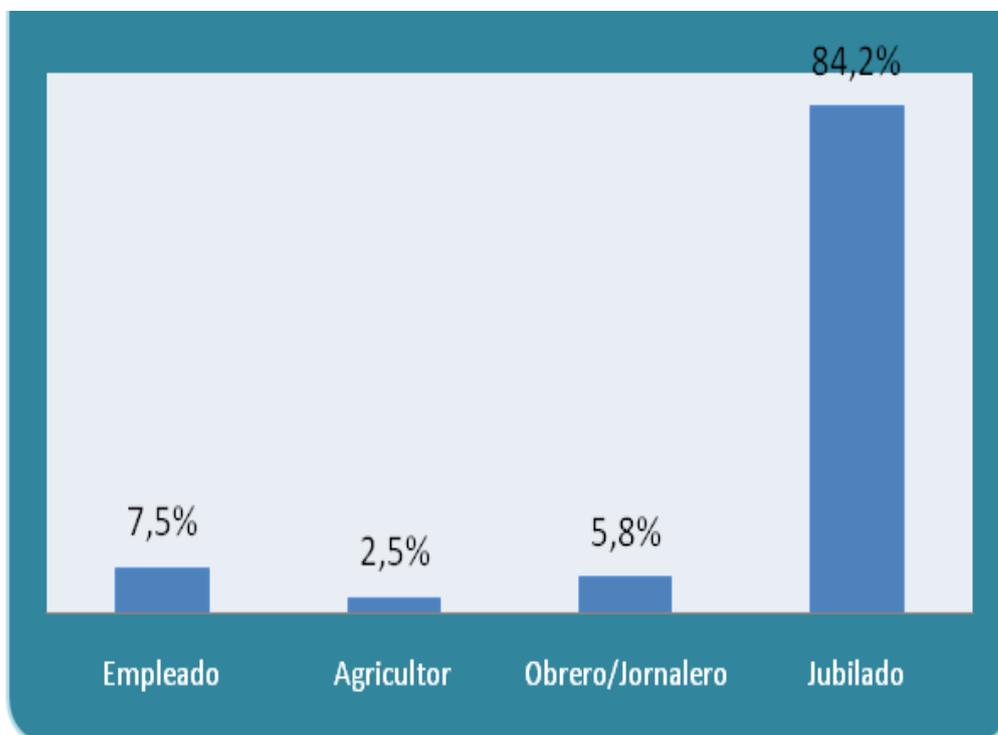
Fuente: Encuesta realizada a los Afiliados Jubilados de la Asoc. Jubilados de Atuntaqui.

Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

Al analizar el estado civil podemos observar que el mayor porcentaje representan los casados, los viudos, los solteros y los divorciados hacen un grupo importante. Entendiéndose que los casados pueden tener un mejor estilo de vida y de salud, la compañía, que alguien los atienda, contribuye a la tranquilidad emocional.

GRÁFICO N° 5
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA OCUPACIÓN DE LOS
ADULTOS MAYORES ATUNTAQUI 2010



Fuente: Encuesta realizada a los Afiliados Jubilados de la Asoc. Jubilados de Atuntaqui.

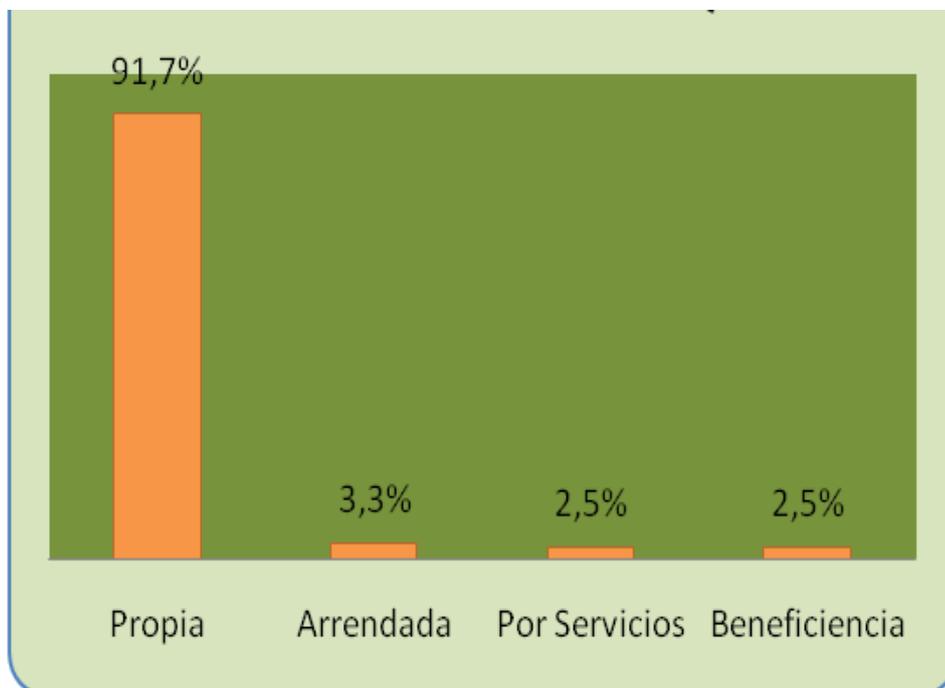
Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

Se puede dilucidar que por la edad en la que se encuentran los adultos mayores investigados, en la mayoría de casos no realizan actividades productivas, la mayoría son jubilados.

En su mayoría, por las mismas condiciones propias de los adultos mayores no pueden trabajar y un porcentaje importante subsiste de la renta que recibe por la jubilación, un mínimo porcentaje labora como jornaleros, agricultores, u obreros, en este grupo es necesario considerar los riesgos laborales a los que están expuestos.

GRÁFICO N° 6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA TENENCIA DE VIVIENDA DE
LOS ADULTOS MAYORES ATUNTAQUI 2010



Fuente: Encuesta realizada a los Afiliados Jubilados de la Asoc. Jubilados de Atuntaqui.

Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

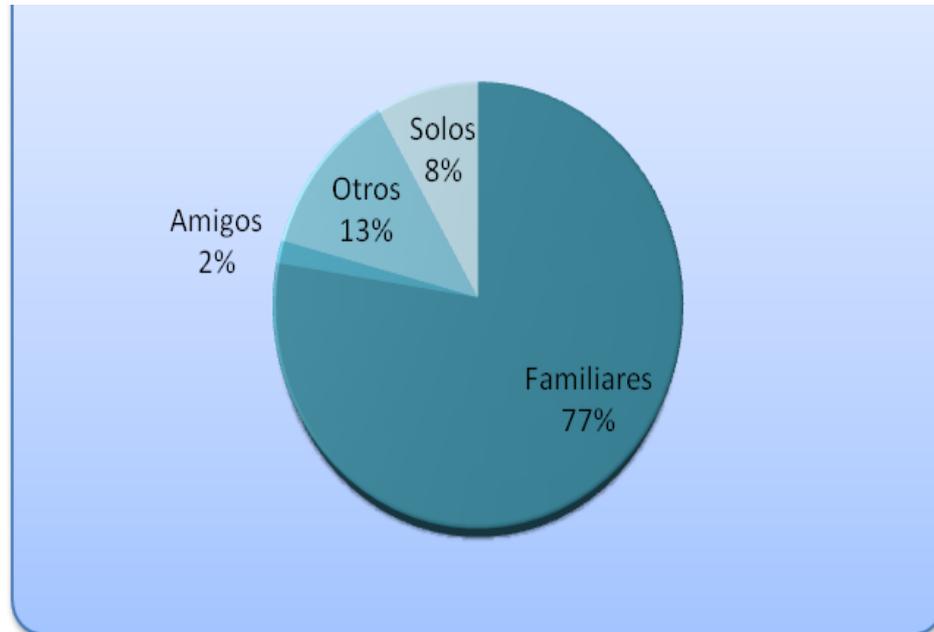
Al analizar la tenencia de la vivienda por parte de los encuestados, un alto porcentaje tienen casa propia y un número reducido viven con su familia o arriendan.

La crisis que vive un porcentaje representativo de población ecuatoriana, encontramos también en este grupo, se evidenció que aunque un reducido porcentaje viven de beneficencia o por servicios, este grupo es considerado de alto riesgo porque esa realidad no le permitirá recibir atención de especialidad, aún más si debe trasladarse fuera de la ciudad para recibir atención.

Servicios Básicos:

El grupo en estudio en su mayoría residen en la ciudad de Atuntaqui, la misma que es cabecera cantonal y está provista de una adecuada infraestructura de servicios básicos, por ello el grupo en estudio dispone de estos servicios básicos: agua. Luz, alcantarillado, SSHH; lo que contribuye para que los Adultos Mayores del estudio no tengan riesgo de contraer enfermedades Infecto contagios cuya causa principal es la carencia de servicios básicos.

GRÁFICO N° 7
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACOMPAÑAMIENTO EN LOS
ADULTOS MAYORES ATUNTAQUI 2010.



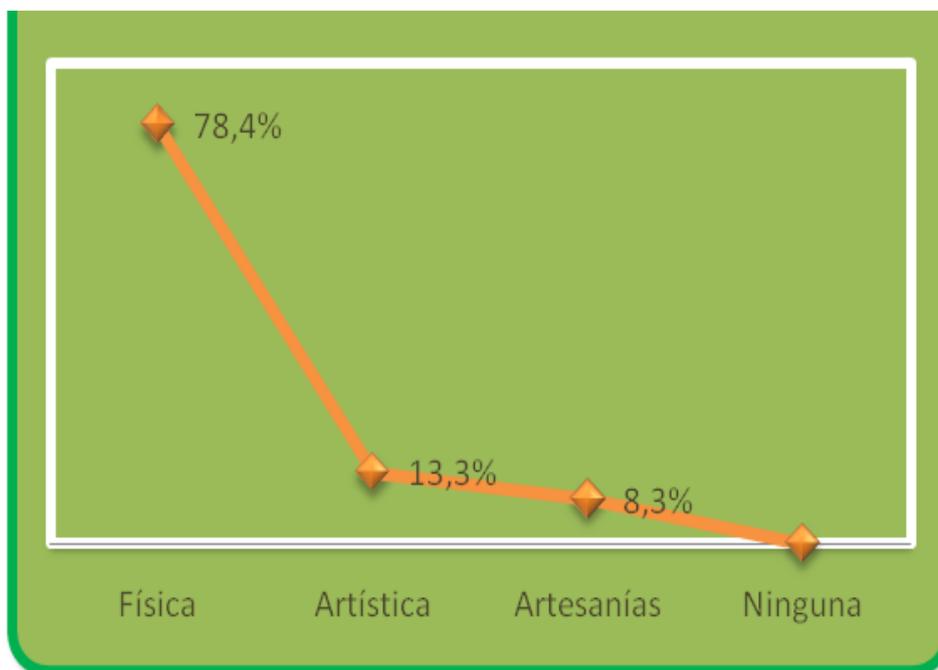
Fuente: Encuesta realizada a los Afiliados Jubilados de la Asoc. Jubilados de Atuntaqui.

Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

La gran mayoría de los adultos mayores vive con su familia nuclear, así con su cónyuge y sus hijos, o solo con uno de ellos, también se encontraron senescentes que viven con otros familiares cercanos, esto permite mejorar su estilo de vida; el grupo significativo que vive solo o con sus amigos y vecinos; este grupo es el que tiene riesgo de presentar patologías derivadas de los estados emocionales. Situación a considerarse cuando se evalúa la salud de un adulto mayor.

GRÁFICO N° 8
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA UTILIZACIÓN DE TIEMPO
LIBRE EN LOS ADULTOS MAYORES, ATUNTAQUI 2010



Fuente: Encuesta realizada a los Afiliados Jubilados de la Asoc. Jubilados de Atuntaqui.

Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

Esta variable resulta de mucha importancia porque se observa que los Adultos Mayores en un porcentaje importante de adultos mayores realizan actividades físicas y artísticas; esto permite evidenciar la importancia de los talleres de los Jubilados del Seguro, así: el Coro, Natación, Aeróbicos, etc. Lo que les ayuda a disiparse de los problemas que los aquejan especialmente los de salud.

GRÁFICO N° 9
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL INGRESO ECONÓMICO DE LOS
ADULTOS MAYORES ATUNTAQUI. 2010



Fuente: Encuesta realizada a los Afiliados Jubilados de la Asoc. Jubilados de Atuntaqui.

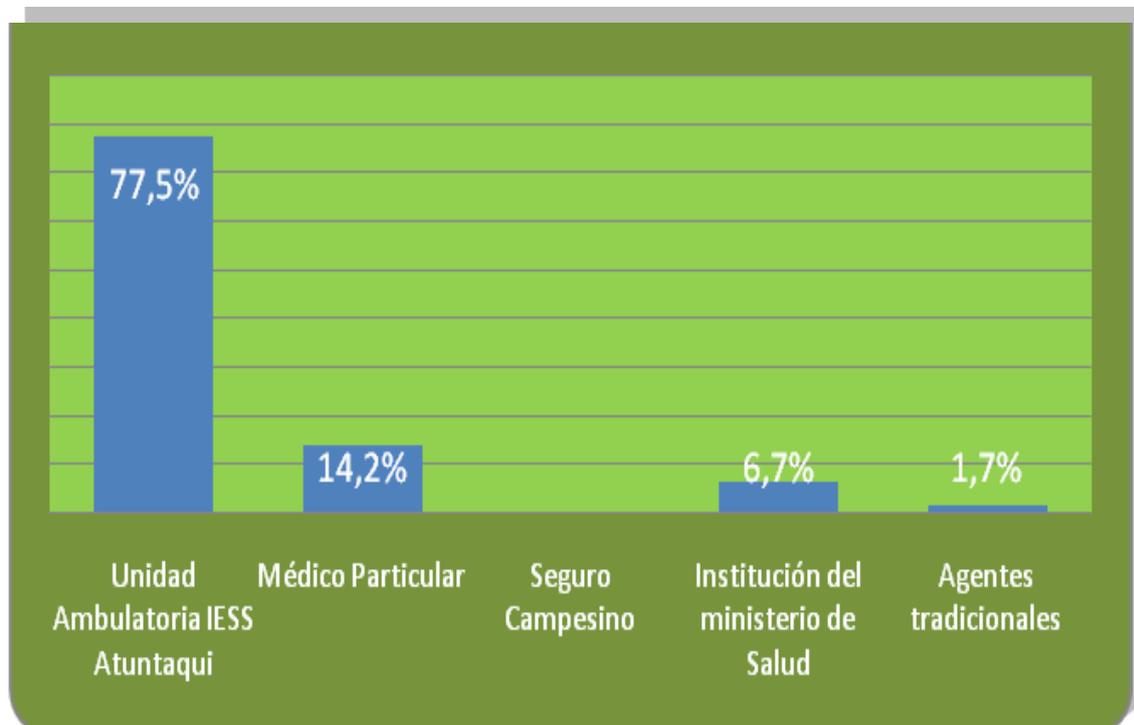
Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

Es un poco tranquilizante el hecho de que esta variable arrojará datos como que más de la mitad de los encuestados tiene un ingreso mensual superior al Salario Mínimo Vital, que para el año 2010, es de \$240,00.

El perfil epidemiológico de los Adultos Mayores, presenta altos índices de enfermedades crónico – degenerativas, lo que demanda un presupuesto alto para el logro de estilos de vida saludables.

GRÁFICO N° 10
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS LUGARES A DONDE ACUDEN
LOS ADULTOS MAYORES ATUNTAQUI 2010.



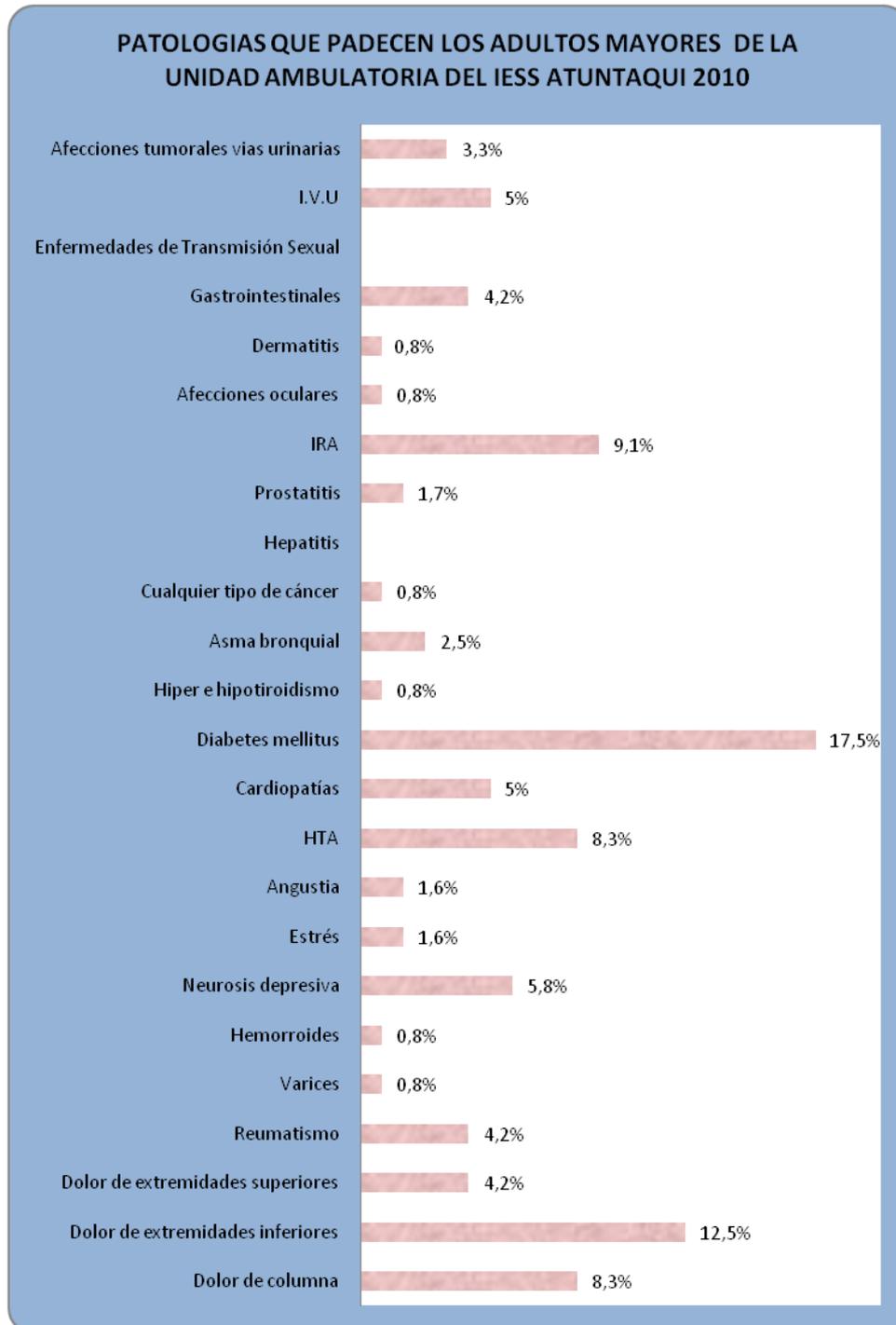
Fuente: Encuesta realizada a los Afiliados Jubilados de la Asoc. Jubilados de Atuntaqui.

Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

La población en estudio utiliza en mayor porcentaje los servicios de la UAAA-IESS, sin embargo también utilizan los servicios de medicina privada, las Instituciones del Ministerio de Salud, y también acuden a agentes tradicionales de Salud. Lo que demuestra insatisfacción, según la Carta Magna en el país los Adultos Mayores tienen derecho a la Atención de Salud Gratuita y de calidad en una Unidad de Atención Integral del Adulto Mayor.

GRÁFICO N° 11
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PERCEPCIONES SOBRE
PATOLOGÍAS QUE AFECTAN A LOS ADULTOS MAYORES
ATUNTAQUI 2010



Fuente: Encuesta realizada a los Afiliados Jubilados de la Asoc. Jubilados de Atuntaqui.

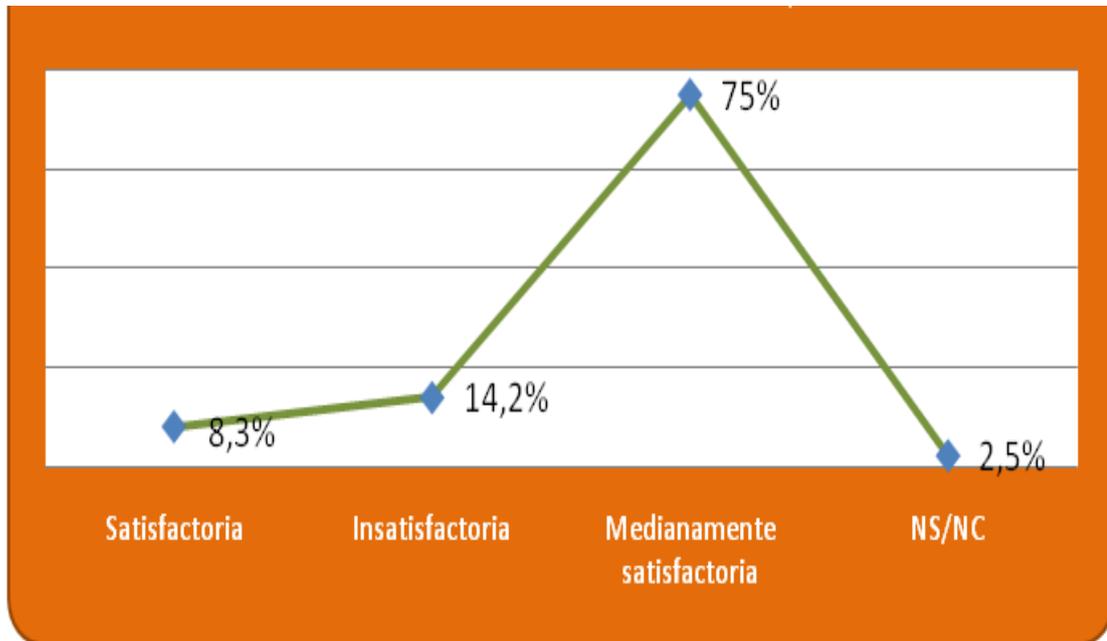
Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

La percepción que tienen los adultos mayores sobre las patologías que los afectan, entre las más representativas son la diabetes mellitus, que debe tener un tratamiento integral: (dieta, educación y medicación), hipertensión arterial (HTA), problemas osteoarticulares, neurosis depresiva, que puede llevar a episodios suicidas y cardiopatías.

Los datos obtenidos o se apartan de los datos nacionales, por ello la mayor afección en este grupo son las crónico degenerativas o no transmisibles.

GRÁFICO N° 12
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PERCEPCIÓN DE LOS
ADULTOS MAYORES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE
RECIBEN EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS



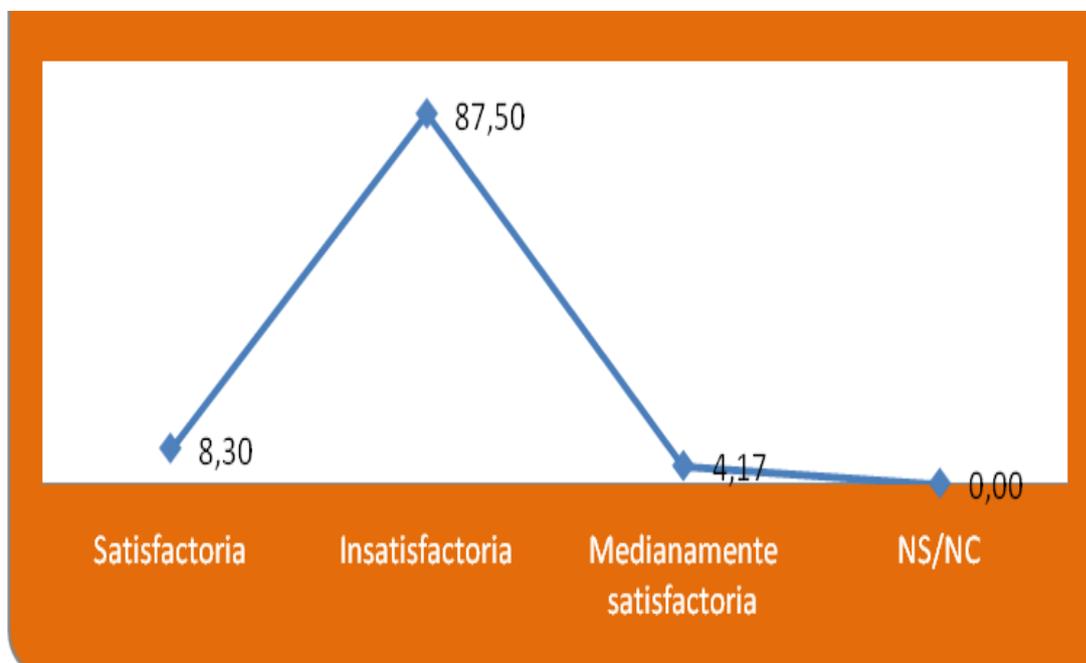
Fuente: Encuesta realizada a los Afiliados Jubilados de la Asoc. Jubilados de Atuntaqui.

Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

Al indagar percepciones sobre la calidad de atención en Salud que presta la Unidad Ambulatoria del IESS en Atuntaqui, la gran mayoría menciona que existe una atención medianamente satisfactoria. Lo alarmante es que un significativo porcentaje indicó que es totalmente insatisfactoria. Un porcentaje inferior indicó que recibe una atención satisfactoria, podría ser la falta de profesionales especialistas en el área, o el desconocimiento por parte de los profesionales de la Unidad sobre el trato que deben recibir los adultos Mayores.

GRÁFICO N° 13
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN
LAS ESPECIALIDADES QUE OFERTA LA UAAIA



Fuente: Encuesta realizada a los Afiliados Jubilados de la Asoc. Jubilados de Atuntaqui.

Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

La gran mayoría de los adultos mayores encuestados, considera que las especialidades que se ofertan en la Unidad Ambulatoria del IESS de Atuntaqui cubren las necesidades de los usuarios de forma medianamente satisfactoria, solamente pocos consideran que las cubre satisfactoriamente y menos personas mayores consideran que no cumple.

Una acotación de la investigadora es: que según la percepción de los adultos mayores, la oferta que presenta la Unidad Ambulatoria es buena, lo que no ocurre con la calidad de atención que prestan. Tal vez lo que ellos necesitan es un mejor trato por parte de todo el personal de salud.

Necesidad de Transformación del Centro de Atención Ambulatoria del IEES - Otavalo

La gran mayoría de los adultos mayores encuestados considera que esta transformación facilitaría la atención a sus dolencias, otros consideran que si sería necesario para cubrir las necesidades de los usuarios, y un muy bajo porcentaje considera que no es necesario. Se puede concluir que si tendría una buena aceptación la creación de un CENTRO DE ATENCION INTEGRAL AMBULATORIO PARA EL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE DEL IEES.

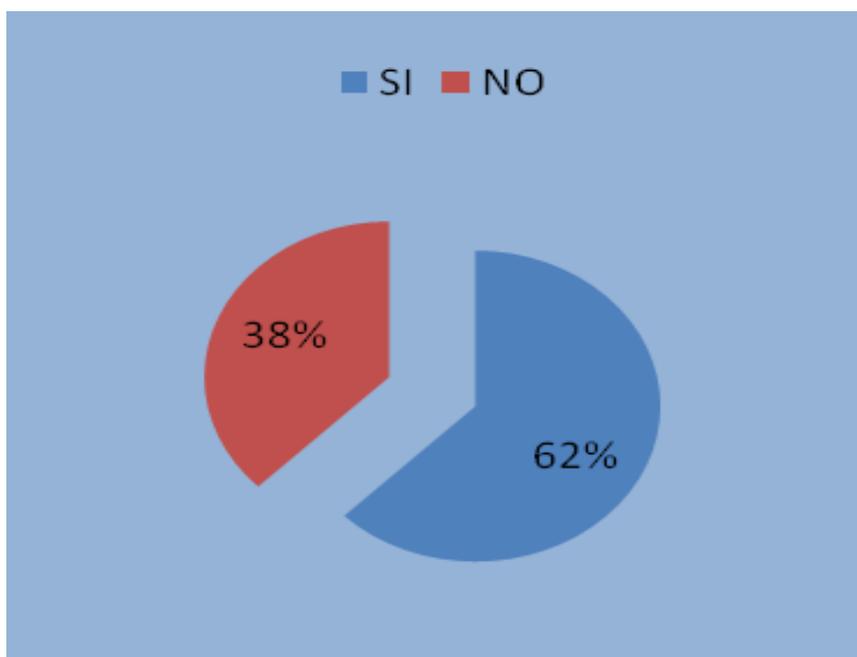
Esta información indica la gran acogida que tiene el servicio de Rehabilitación física en los adultos mayores, y puede deberse al alto porcentaje de ellos que padecen de enfermedades osteoarticulares, sobretodo en la columna y las extremidades inferiores.

El 100% de los encuestados la considera sumamente necesaria.

El 100% de los usuarios consideran que si hay suficiente espacio para ampliar la Unidad ambulatoria para ampliar los servicios y prestaciones. Es decir, sigue arrojándose datos de factibilidad para la creación del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor.

4.1.2 Resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a los usuarios internos.

GRÁFICO N° 14
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PERCEPCIÓN DE LOS
USUARIOS INTERNOS SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE
BRINDAN A LOS USUARIOS INTERNOS. ATUNTAQUI 2010



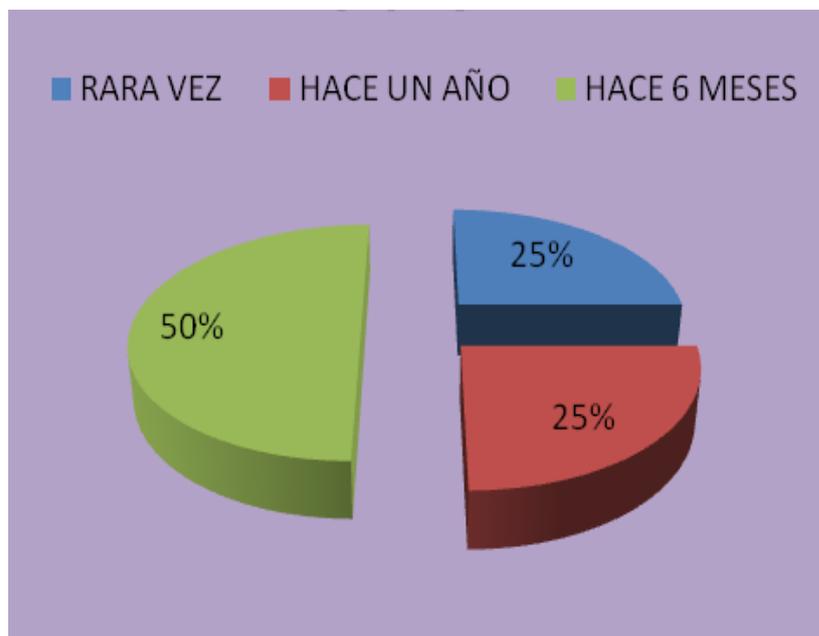
Fuente: Encuesta realizada a los usuarios internos de la UAAIA.

Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

Más de la mitad de los usuarios internos, es decir, que 5 de 8 personas mencionan que el tipo de atención si responde a las necesidades del usuario externos y el restante considera que no. Entonces lo importante sería planificar charlas de motivación en relación a la calidad de atención.

GRÁFICO N° 15
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FRECUENCIA DE
CAPACITACIÓN DE LOS USUARIOS INTERNOS REFERENTE A SU
GESTIÓN. ATUNTAQUI 2010



Fuente: Encuesta realizada a los usuarios internos de la UAAIA.

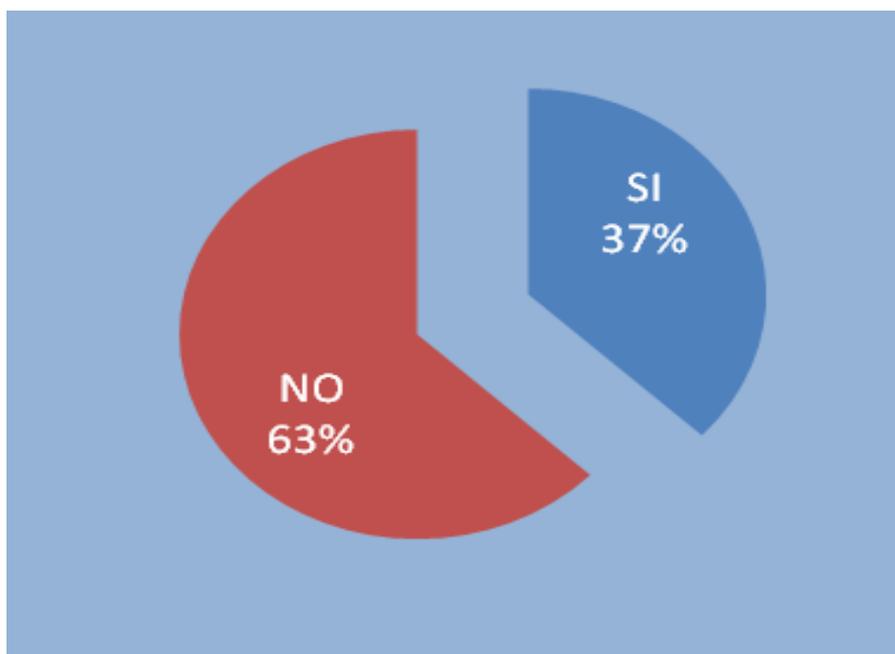
Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

La mitad de los usuarios internos recibió capacitación hace 6 meses, seguido de la cuarta parte de ellos que la recibió hace un año y muy rara vez reciben capacitación la otra cuarta parte.

Se considera que se debe hacer hincapié en la constante capacitación así como la evaluación para permitir que la calidad de atención en salud que se brinda en la Institución sea de calidad, calidez y eficiencia.

GRÁFICO N° 16
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL INTERÉS Y FACTIBILIDAD DE LA
UAIAA PARA QUE SUS EMPLEADOS OBTENGAN CAPACITACIÓN.
ATUNTAQUI 2010



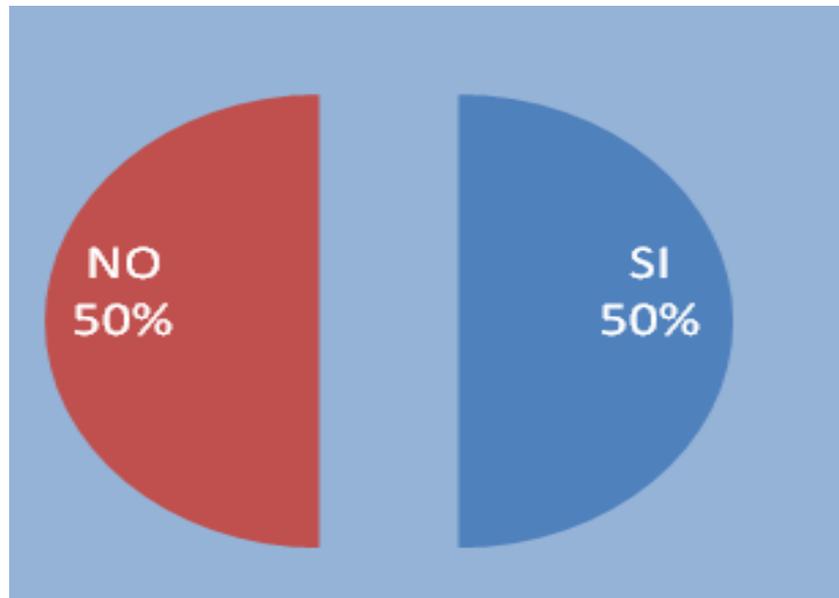
Fuente: Encuesta realizada a los usuarios internos de la UAAIA.

Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

Cinco de ocho usuarios internos no conoce sobre los programas de capacitación para el personal del Centro de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui, mientras que el 3 de ellos manifiestan que si tiene al menos información sobre los programas de capacitación.

GRÁFICO N° 17
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA DISPOSICIÓN DE UN MANUAL
DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN LA UAAIA. ATUNTAQUI 2010



Fuente: Encuesta realizada a los usuarios internos de la UAAIA.

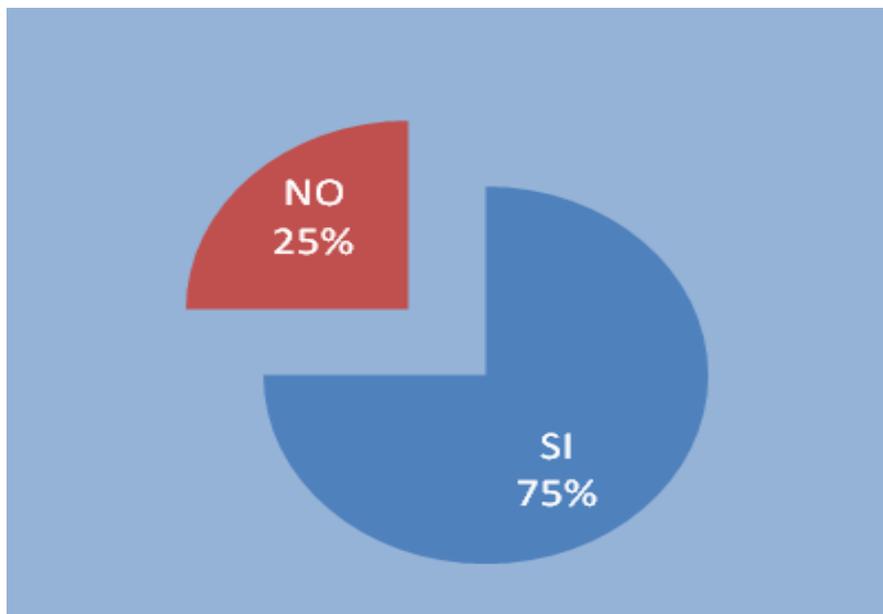
Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

La mitad de los usuarios internos manifiesta conocer de la existencia de algunos protocolos de atención, mientras que la otra mitad no conoce nada de protocolos o estandarizaciones dentro de la Institución.

Sigue saliendo el dato de la falta de comunicación intrainstitucional.

GRÁFICO N° 18
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DEL COMPROMISO E
INTERÉS POR PARTE DEL PERSONAL EN RELACIÓN A LOS
CAMBIOS INSTITUCIONALES. ATUNTAQUI 2010



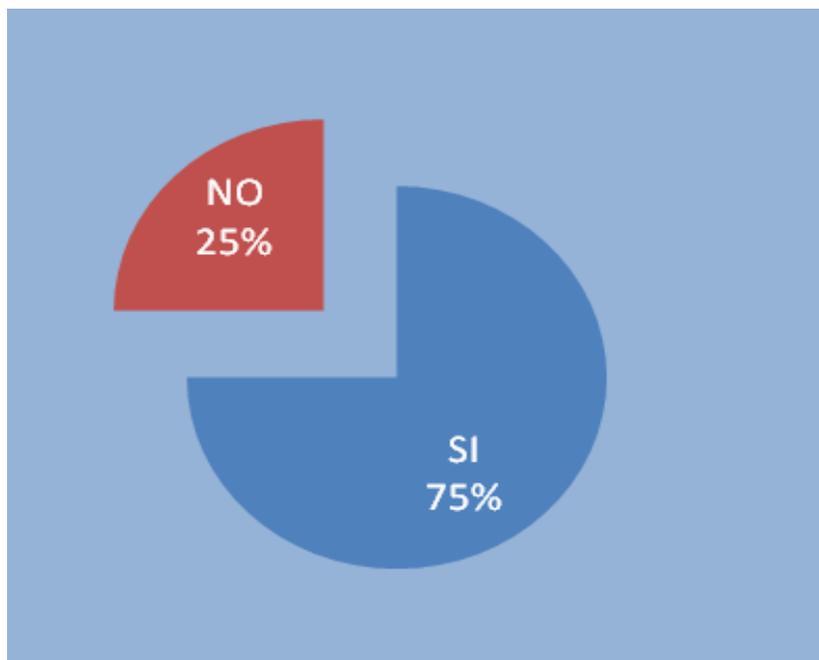
Fuente: Encuesta realizada a los usuarios internos de la UAAIA.

Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

La mayoría de los usuarios internos considera que sí está preparado y dispuesto a realizar los cambios Institucionales que propendan al mejoramiento de la calidad, mientras que el restante de los usuarios internos no se encuentra dispuesto por diversos motivos.

GRÁFICO N° 19
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DE COMPROMISO Y
CONOCIMIENTO EN RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE
ATENCIÓN CON CALIDAD. ATUNTAQUI 2010



Fuente: Encuesta realizada a los usuarios internos de la UAAIA.

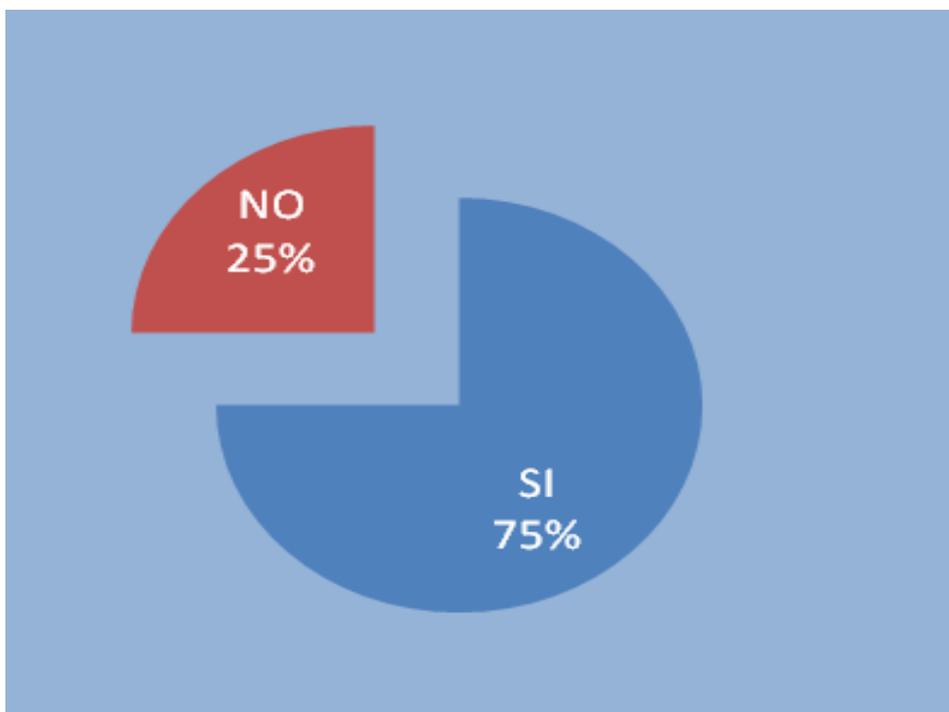
Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

La gran mayoría de los usuarios internos considera que es imprescindible brindar un servicio de calidad en atención integral en beneficio de los afiliados a la Institución, mientras que el restante manifiesta no ser muy indispensable siempre y cuando se logre dar la atención a más personas.

Aquí se muestra la pugna existente frente a productividad y calidad.

GRÁFICO N° 20
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LA TRANSFORMACIÓN DE LA
UAAIA A CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR
DEPENDIENTE DEL IESS. ATUNTAQUI 2010



Fuente: Encuesta realizada a los usuarios internos de la UAAIA.

Elaboración: Investigadora

ANÁLISIS:

La gran mayoría de los usuarios internos considera que es necesaria la transformación de la Unidad a Centro de Atención Integral de Adulto Mayor.

4.2 Discusión de Resultados

En lo referente a los indicadores sociodemográficos, se puede mostrar que:

La mayoría de los encuestados (86%), que acuden a la Institución son habitantes de Antonio Ante, y el 14% son de otro lugar, lo que indica que la demanda poblacional es alta, lo que confirma las cifras que la Institución arroja.

- Se encuentran en relación a las estadísticas nacionales. La mayoría de las personas adultas mayores que fueron encuestadas pertenecen al género femenino, y el grupo etáreo más numeroso es el de 60 – 69 años, seguido del grupo de 70 – 79 años, y finalmente los mayores de 80%.
- Ventajosamente el estudio arrojó que la mayoría de los adultos mayores encuestados son casados, lo que brinda un buen indicio de que los adultos mayores no viven en constante depresión por sentirse abandonados; seguido del grupo de los viudos y los solteros.
- La gran mayoría son jubilados/as, y viven en casa propia, todos cuentan con los servicios básicos indispensables como luz, agua, y alcantarillado,

Respecto de los datos sobre Salud:

- Todos los adultos mayores encuestados realizan diversas actividades en su tiempo libre y son: actividades físicas, artísticas, artesanales. Lo que permite deducir que la

reactivación de las terapias recreacionales en este grupo sería muy beneficioso.

- Cuando se enferman los adultos mayores encuestados acuden en su mayoría a la Institución, lo que supone un grado de confianza en la atención que se brinda en la Unidad, sin embargo cabe indicarse que existe un 22% acude a otros lugares, por lo que puede también considerarse que este grupo pese a tener de forma gratuita la atención en la Unidad, no hace uso de ella.
- El grupo en estudio indicó que en el momento presentan diversas patologías pero las de mayor prevalencia son: diabetes mellitus, dolores osteomusculares, enfermedades respiratorias, hipertensión arterial, enfermedades emocionales, cardiopatías, siendo estas patologías crónico degenerativas requieren ser tratadas con un enfoque integral y multidisciplinariamente.

En relación a los componentes de reestructuración y readecuación de la Unidad:

- Al obtener buena aceptación, sobretodo de los usuarios externos acerca de convertir la Unidad den un Centro de Atención Integral para el Adulto Mayor, se puede revelar la factibilidad de realizar el proyecto.

La mayoría de usuarios mencionó que no se encuentran plenamente satisfechos con la calidad de atención y también refieren que no se cubren las necesidades en lo que se refiere a las especialidades.

Al considerar que una buen porcentaje de usuarios son los jubilados de la ciudad de Antonio Ante, debemos identificar como

grupo vulnerable a la tercera edad, por lo que se sigue insistiendo en que el proyecto debería realizarse para mejorar la calidad de vida de este grupo etáreo.

Los usuarios internos en su gran mayoría están de acuerdo con la transformación y con la capacitación continua.

4.3 Posicionamiento del investigador

El presente estudio dará un apoyo importante para la implementación de la Atención primaria de salud, que permitirá la prevención y tratamiento oportuno de las enfermedades que causan los indicadores altos de morbi-mortalidad en este grupo etáreo.

La deficiencia de la Atención de Salud, por las limitaciones para cumplir con las demandas existentes en la Unidad de atención ambulatoria del IESS – Atuntaqui, especialmente para los Adultos mayores, hace necesario aprovechar de esta información para recurrir a los conceptos de calidad en atención y como producto la satisfacción del paciente.

Los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos, lo que expresa es lograr la visualización para desarrollar acciones que permitan cumplir con parámetros de eficiencia, eficacia y candidez, para alcanzar la satisfacción en los usuarios internos y externos.

La investigadora reflexiona que todo lo mencionado anteriormente engloba lo que se considera como Atención integral; al indicar todos los hechos que se han presentado en los capítulos I y II, sobre indicadores de salud, dinámicas poblacionales, referencias nacionales e internacionales sobre el envejecimiento y sobre todo aquello que incide en el incremento de los problemas de Salud Pública, es así como se indagó visualizar un

enfoque que apoye a la disminución de los altos índices de morbilidad y mortalidad geriátrica y por el mejoramiento de la calidad de vida de los mismos.

4.4 Respuesta a las preguntas de investigación

- Al considerar un tratamiento integral para las enfermedades crónico - degenerativas propias de la tercera edad que fue lo que se obtuvo como mayor problema de los encuestados en lo referente a Salud, se puede disminuir los altos índices morbi – mortalidad en este grupo etáreo. Se considera un tratamiento integral no solo el paso por el clínico y especialista respectivo, sino con una cultura de prevención al abarcar todos los factores de riesgo que son lo que llevan a desarrollar el resto de patología.
- Las causas encontradas para los altos índices de morbi – mortalidad que presenta la Unidad son factores socioeconómicos como el hecho de que un porcentaje significativo de encuestados perciben lo equivalente o menos a un salario mínimo vital, viven solos, presentan patologías asociadas como es el caso de la diabetes que generalmente va asociada a la hipertensión, dislipidemia, y cardiopatías. Así mismo el hecho de que no cuenten con la debida atención con Especialidades para cada patología presentada, lo que momentáneamente se resuelve por medio de la referencia a los Hospitales Regionales, pero no lo resuelve de forma integral ni permite un seguimiento correcto del paciente.
- La reestructuración y readecuación física, adquisición de equipamiento y nuevo talento humano en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS Atuntaqui, a ser un Centro de Atención Integral Geriátrico - Gerontológico del IESS Atuntaqui, para atender a la población afiliada del IESS, Seguro Campesino y

Jubilar del sector de influencia, si permitirá disminuir los índices de morbi-mortalidad de I@s Adult@s Mayores debido a que al implementar el talento y el equipo necesario para cada especialidad se puede tratar al paciente de forma integral.

- Al reactivar los de programas de Terapias ocupacionales y recreativas con profesionales especialistas, se permitirá que los adultos mayores tengan una mejor calidad de vida en los aspectos bio-psico-social-fisiológico del Geronte.
- Con la modernización de guías, procesos y protocolos de patologías crónicas y crónico - degenerativas presentes en I@S adult@s mayores, permitirá disminuir los altos índices de morbi – mortalidad de este grupo e incrementará un equipo integral multidisciplinario de profesionales especialistas.

4.5 Conclusiones

1. Los datos arrojados en la línea de base indicaron que las causas de los altos índices de morbi – mortalidad son: que la mayoría de los usuarios externos padecen de enfermedades propias de la edad ya que todos de una u otra manera tienen afecciones de salud y se encuentran con problemas en los sistemas gastrointestinales, músculo-esquelético, neurológicos cardiovasculares, genito-urinario, problemas visuales que son las que limitan e impiden el desarrollo normal en sus actividades personales . Es fundamental manifestar que este grupo en estudio al tener algún problema de salud acuden a recibir atención médica a la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS de Atuntaqui, que la atención que reciben no es la ideal porque no cuentan con Médicos de Especialidad para ser tratadas sus dolencias de acuerdo a sus patologías, el 100% de los encuestados manifiestan la necesidad de contar con un CENTRO DE ATENCION INTEGRAL AMBULATORIO del IESS para el Adulto Mayor de esta ciudad y que cuente con equipos de diagnóstico para no tener que ir a otras instituciones de salud sean del IESS o particulares,
2. Según la socialización de la propuesta a los actores directos, hubo muy buena aceptación, de parte de los tres estamentos: autoridad, talento humano y usuario externo.
3. De llegar a implementarse la propuesta sería decisivo el cambio en el estilo y calidad de vida del adulto mayor.

4.6 Recomendaciones

Del análisis obtenido en el proceso de investigación y luego de procesar la información podemos citar las siguientes recomendaciones:

1. Que se debería habilitar los espacios que se encuentran sub-utilizados en la Unidad Ambulatoria del IESS Atuntaqui y su equipamiento para que preste una Atención Integral a los Usuarios, como lo estipula la Carta Magna de la República del Ecuador las Leyes de la Seguridad Social vigentes.
2. Que en lo referente a la Organización tanto Orgánica - Funcional y Estructural deben ser acordes a las Políticas Estipuladas en sus Leyes vigentes y acordes a las Normas de Trabajo y Seguridad Social.
3. Que los Recursos Humanos cumplan con los requisitos y perfiles acordes a la realidad existente previa selección y Normas establecidas para estos planteamientos.
4. Que la Investigación Educación, capacitación y actualización del conocimiento sean en forma permanente
5. Que se debe contar con un Equipo de Salud multidisciplinario con los perfiles acorde a la realidad y necesidad existente en la ciudad de Atuntaqui, y en particular dirigido al grupo en estudio considerando como una Área prioritaria para poder brindar una atención de salud integral.
6. En lo referente a la medicación, debe contar con un stock suficiente y propio para estas patologías enunciadas y sus equipos de diagnóstico deben ser incrementados con una visión en el

marco de una población alta de senescentes existentes no solo en la ciudad de Atuntaqui, sino a nivel regional, nacional y mundial.

7. Que conociendo la realidad será posible establecer Estrategias que nos permitan cumplir a cabalidad con las necesidades especialmente la de las Personas Mayores y Usuarios en General, ya que esta ciudad es altamente Industrial - Textil, misma que cuenta con un PEA alto y sus RIESGOS de SALUD Y LABORALES son MUY ALTOS, por lo que es urgente y prioritario realizar las Investigaciones multi e interdisciplinarias en lo referente a esta necesidad.

8. Que es de suma importancia el considerar la Coordinación del Programa Social del Adulto Mayor para este CENTRO DE ATENCION INTEGRAL AMBULATORIO DEL IESS ATUNTAQUI con sus Terapias OCUPACIONALES Y RECREATIVAS en el campo Geriátrico - Gerontológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Archivos de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui.
2. BRUNNER SUDDART, Enfermería médico – quirúrgico, Interamericano 6° Edición. Madrid.
3. CONSEJO CANTONAL DE ANTONIO ANTE, 2007
4. CONSEJO CANTONAL ANTONIO ANTE 2010
5. CHIRIGLIANO, G; NOCETI, M, Planificación de una unidad de cirugía del día Med. Rev. Uruguay 2004; 20: 19-31
6. CONSTITUCION POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008.
7. IESS DIRECCION DEL SEGURO GENERAL DE RIESGOS DEL TRABAJO 2006
8. IESS – SGRT: SISTEMA DE ADMINISTRACION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO / PRESTACIONES DEL SEGURO GENERAL DE RIESGOS DE TRABAJO, 2008 Ley Seguridad Social 2003.
9. INEC-CEPAL. Ecuador Proyecciones de población 1950-2025 Elaboración. CISMIL
10. INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, Comisión Interventora, Año 2000.
11. LYNDA CARDENITO, Manual de Diagnóstico de Enfermería, Quinta Edición.
12. MANUAL de MERCK, tercera edición, editorial Océano.
13. MARIN, VILLALOBOS, CARRASCO Y KALACHE, Resultados generales del Proyecto INTRA OMS en Chile. Rev., Méd Chile 2005; 133:331-7
14. MILLAR JM, RUDKIN GE, HITCHCOCK M, Practical Anaesthesia and Analgesia for Day Surgery. Oxford: Bios Scientific Publishers; 1997.

15. NORMA Oficial Mexicana NOM-205-SSA1-2002, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
16. ONU. Carta de Juan Pablo II a la II Asamblea mundial sobre Envejecimiento (8 al 12 de abril) Madrid: ONU; 1999.
17. (PLAN NACIONAL DE DESARROLLO ECUADOR 2007 – 2010) ESPERANZA Y CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN. P.112
18. PRIETO RAMOS O, Vega García E. Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectiva. 2da ed. La Habana: Editado por PALCO. 2000.
19. RIVERA CASADO, Jm, Gil Gregorio P. Problemas Éticos En Relación Con El Paciente Anciano. Madrid: Colección Clínicas Geriátricas; 1996
20. ROYAL COLLEGE OF ANAESTHETISTS, Guidance on Day Case. London: Anaesthetists; 2000.
21. RUBIAL, M, El camino hacia la normalización de la anestesia ambulatoria (Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2003; 50: 433-438) EDITORIAL de la Torre., Anestesia en cirugía ambulatoria. Criterios de alta hospitalaria.
22. SALINAS MANRIQUE, JUAN: Programa Atención Integral del Adulto y Adulto Mayor.
23. TUCKER CANNOBIO y WELLS, Normas de cuidados de paciente; Volumen II, pág. 356 – 360.
24. UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS – ATUNTAQUI Planificación estratégica. 2010.
25. VARELA L, Y COLS. Tópicos Selectos en geriatría. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú, 2000
26. VATICANO, 3 de abril de 2002 IOANNES PAULUS II 3: Atención Del Anciano En Cuba Desarrollo Y Perspectiva. Centro Iberoamericano Para La Tercera Edad (Cited) 2da. Edición, 1996.
27. ZURITA y COL. ANESTESIOLOGÍA AMBULATORIA, Servicio de Anestesiología Hospital Metropolitano, Quito 2003.

28. http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=58&Itemid=153 (Consulta el 01 de mayo de 2010)
29. www.Envejecimiento_humano#Teor.C3.ADas_del_envejecimiento.com (consulta el 05 de Mayo de 2010)
30. http://www.robertexto.com/archivo/asp_soc_envejec.htm (Consulta el 19 de mayo de 2010)
31. www.paho.org/spaniosh/dd/pin/alma_folleto.pdf (consulta el 05 de julio de 2010)
32. www.lachealthsys.org/.../Garantia_Calidad_Seguridad_APaciente-CIES-Miguel_Orozco.ppt (consulta el 19 de agosto de 2010)

CAPÍTULO V.

SOLUCIÓN VIABLE Y PERTINENTE

“MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD AMBULATORIA DEL IESS-ATUNTAQUI. IMBABURA, 2010.”

5.1 Introducción:

Constituye la respuesta o intervención que el investigador decide hacer ante los resultados de la línea de base previa.

Se trata de un proyecto que reunió las características necesarias de un proyecto de desarrollo y que define con absoluta claridad 4 elementos fundamentales:

1. El diseño técnico de la intervención.
2. El diseño financiero.
3. La propuesta administrativa.
4. El modelo de gestión del proyecto.

La Propuesta de un Modelo de Atención Integral para el Adulto Mayor de la Unidad Ambulatoria del IESS - Atuntaqui, se realiza como parte de la Maestría de Gerencia de Negocios, mismo que luego de la validación se hará una capacitación a los trabajadores y a las personas Adultas de la ciudad de Atuntaqui, propendiendo transformarlo en un

Manual Oficial que permita negociarlo con las Autoridades Nacionales, Regionales, para su vigencia.

A nivel mundial, nacional y local a la población de senescentes por muchas décadas se les ha relegado, a pesar de existir Leyes que los proteja, solo se cumple en parte, especialmente en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, es así como esta institución que los acogen en este caso a través del cumplimiento en lo estipulado en sus Leyes y la Constitución de la República del Ecuador vigente.

Además se encuentra Estipulado en su Ley, Normas, Reglamentos y Resoluciones del IESS vigentes que tiene los suficientes elementos fundamentales para dar atención integral, a las Personas Mayores, en sus casas de salud en los procesos de Fomento, Curación, Tratamiento y Recuperación, con atención médica, medicación, terapias ocupacionales y recreativas, entre otros, con Recursos Humanos calificado y que cuente con el perfil calificado para impartir atención con eficiencia, eficacia, calidez y calidad.

La alarmante crisis económica del país afecta directamente a los ancianos, es importante mencionar algunos indicadores que tienen que ver con este importante grupo, así: insuficiencia cardiaca, hipertensión, enfermedades neurológicas, psicológicas, músculo-esqueléticas, gástricas y algunos cáncer entre otros.

La carencia de asistencia médica especializada, medicación medios de diagnóstico para tratar estas patologías crónicas que las aquejan especialmente a las Personas Adultas, indudablemente no les permite llevar una vida honrosa y con dignidad, porque lo poco que tienen de renta por su jubilación la tienen que invertir en su curación en las empresas y/o centros de Atención Médica privada.

Causa mayor preocupación la poca afectividad tanto del núcleo familiar como de los trabajadores de las casas de salud, que por desconocimiento científico técnico para el manejo de este grupo etéreo, y/o falta de medios de diagnóstico ni espacios físicos especializados que según los datos obtenidos nos permite aseverar que no hay una atención adecuada.

Ante ésta realidad la Universidad Técnica del Norte a través de la Maestría de Gerencia de Negocios, pretende contribuir para el mejoramiento de Atención Integral para las Personas Adultas, con eficiencia, calidad y candidez en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui, a través de un proceso participativo de capacitación que tome en cuenta a los Usuarios , Personal y familiares de los senescentes u otros referentes, como punto principal para el mejoramiento de la calidad de vida, y el buen vivir propendiendo a valorar su autoestima y desarrollo personal.

5.2 Antecedentes

En atención a los datos obtenidos en el estudio, se pueden mencionar los más relevantes, así: Respecto del Personal que labora en la Institución es insuficiente cuenta apenas con ocho mismos que están distribuidos en las Áreas Administrativa – Técnica y de Servicios y el 100% no cumplen con el perfil especializado para el caso para una población considerable.

El mayor porcentaje de atenciones médicas y la dirección de esta casa de salud son dados por un solo profesional médico de Medicina General que trabajan más de 10 años, en la Unidad Ambulatoria Atuntaqui, lo que las predispone a crear un nivel de atención primaria y los casos más complejos y de especialidad son transferidos a otras casas

de salud como el Hospital Regional -8 y Hospital Carlos Andrade Marín a esto se suma la falta de equipos de diagnóstico y ambulancia.

Cuenta con un Médico Odontólogo, y los cinco más trabajadores cumplen con algunas responsabilidades entre ellas de las Terapias Ocupacionales y Recreativas del grupo de las Personas Mayores. Éste grupo necesita de más atención ya que la población afiliada, jubilar, montepío entre otros es muy considerable

Y con respecto al nivel de capacitación en Atención a Senescentes existe una ausencia, lo que hace imperativa la necesidad de una capacitación integral que beneficiarían tanto al personal como a adulto mayor.

5.3 Justificación

Los usuarios tienen miedo a la enfermedad y patologías que adolecen y muerte predisponiéndoles a problemas emocionales como la ansiedad, estrés, subestima, algunos de los adultos mayores no tiene familia y si la tienen creen que su familia se han olvidado del ellos y que no son más que una carga para ellos por lo que proponemos incrementar programas de terapia ocupacional, recreativa y un espacio adecuado para los programas ya que los realizan en espacios prestados por entidades de voluntariado del Cantón y con la participación de la comunidad, etc.

En cuanto a la apreciación que tienen sobre la atención que reciben los usuarios, manifiestan que es buena, ya que son cuidado técnicos - científico y recreativos los que siempre les han brindado a un grupo reducido por lo que es importante de solucionar e incrementar los planteamientos en mención los cuales es necesario mejorarlos para que se brinde una atención adecuada de calidad dando cumplimiento a lo

establecido en la constitución Política del Estado y que a tiempo son expectativas que tienen los usuarios.

El Modelo de Atención Integral logrará mejorar la calidad de vida de los adultos mayores del Cantón Antonio Ante y toda su afluencia.

5.4 Ejes prioritarios de Intervención:

- Biológico;

Es importante se capacite sobre los cambios fisiológicos propios del adulto, atención de educación continua, preventiva y curativa tanto individual como colectivamente, propendiendo a un cuidado integral con eficiencia, eficacia, calidad y calidez.

- Psicológico

Se debe aportar el conocimiento en los trabajadores a fin de entender el comportamiento del Adulto Mayor, con técnicas de relajación, estimulación para elevar su autoestima, y actividades de atención de acuerdo a las necesidades de cada uno de ellos. Esta temática requiere ser afrontada por un (os) profesionales expertos como el Fisiatra con procesos de capacitación teóricas y prácticas que involucre la incorporación de tecnología de punta, para la recuperación del Adulto Mayor.

- Social;

El talentos humanos que trabaja con el Adulto Mayor debe contar con los elementos fundamentales en todos los procesos de desarrollo; en los

aspectos de Autoestima – Fomento – Curación – Tratamiento – Recuperación y Terapias Ocupacionales y Recreativas para un buen vivir.

5.5 Enfoque del Proyecto

Estará enfocado a un Modelo de Atención Integral para el Adulto Mayor con participación del Personal que labora en salud con la actualización del conocimiento y la capacitación continua, ejes fundamentales de todos los procesos, para que ellos/as puedan brindar una atención integral con eficiencia, eficacia, calidad y calidez y responsabilidad de todas las acciones .

5.6 Objetivos

5.6.1 Objetivo general.

Proponer un Modelo de Atención Integral a las personas adultos mayores en la Unidad de atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui.

5.6.2 Objetivos específicos.

- Actualizar los protocolos de atención para los adultos mayores, sobretodo de las enfermedades crónico - degenerativas.
- Fomentar la capacitación del talento humano.
- Proponer el talento humano especializado para la conformación del Centro de atención Integral del Adulto mayor.

- Proponer la readecuación física para la implementación de la propuesta
- Proponer el equipo y materiales necesarios para la implementación.

5.7 Beneficiarios

Los Beneficiarios directos del proyecto son: Los Recursos Humanos que laboran en la Unidad Ambulatoria del IESS -Atuntaqui., los usuarios y la Familia de los usuarios. Así como los usuarios internos.

Sobre todo los adultos mayores que requieren de terapias de rehabilitación y recreativas.

5.8 Diseño Financiero. Presupuesto de equipos y materiales para la implementación de la propuesta

	NÓMINA DE EQUIPOS INDISPENSABLES POR ÁREAS DE TRABAJO	COSTO USD	CANT	EQUIPO
1	consulta médica de cardiología	3500	01	electrocardiograma
		350	01	equipo de diagnostico
		50	01	tensiómetro digitalico
		30	01	fonendoscopio
		120	01	archivo
		30	01	negatoscopio
		120	01	camilla
		10	01	gradilla
		200	01	escritorio
		10	01	portapapelera
		800	01	computadora con mueble
		100	01	mesa de madera.
		40	01	intercomunicador o teléfono
		5	2	basureros
		120	1	sillón ergonómico
	35			
2	consulta médica de ginecología	5500	01	colposcopio con pantalla
		2500	01	ecógrafo
		350	01	equipo de diagnóstico
		50	01	tensiómetro digitalico
		30	01	fonendoscopio
		300	01	mesa ginecológica
		120	01	camilla
		200	01	escritorio
		10	01	portapapelera
		30	01	negatoscopio
		800	01	computador con mueble
		700	01	electrocauterio
		300	02	equipo de sutura

		150	02	equipo de curaciones
		150	02	equipo de puntos
		20	10	espejos vaginales de a-i- y desechables
		100	02	equipo de biopsia
		30	02	histómetros
		30	02	pinzas haro
		120	1	archivador
		200	1	vitrina metálica
		150	01	coche de curaciones
3	consulta médica de traumatología	300	02	equipo de sutura
		150	05	equipo de curaciones
		150	03	equipo puntos
		250	01	sierra de yesos
		150	01	equipo de diagnóstico
		50	01	tensiómetro digitalice
		40	01	fonendoscopio
		200	01	oxitómetro
		120	1	camilla
		50	1	coche de curaciones
		10	1	gradilla
		200	1	escritorio
		800	1	computador y mesa
		35	1	mesa de madera
		10	1	portapapelera
		80	1	archivador
		120	1	vitrina
4	neurólogo	120	1	camilla
		10	1	gradilla
		200	1	escritorio
		800	1	computador
		80	1	archivador
		50	1	tensiómetro
		30	1	fonendoscopio
		150	1	equipo de diagnóstico
		30	1	negatoscopio
		10	1	papelera

5	diabetólogo	120	1	camilla
		10	1	gradilla
		200	1	escritorio
		800	1	computador
		80	1	archivador
		50	1	tensiómetro
		30	1	fonendoscopio
		50	1	equipo de diagnóstico
		30	1	negatoscopio
		10	1	papelera
		100	1	glucómetro
5	psicólogo	120	1	camilla
		10	1	gradilla
		200	1	escritorio
		800	1	computador
		80	1	archivador
		50	1	tensiómetro
		30	1	fonendoscopio
		50	1	equipo de diagnóstico
		30	1	negatoscopio
		10	1	papelera
		7	gerontólogo	120
10	1			gradilla
200	1			escritorio
800	1			computador
80	1			archivador
50	1			tensiómetro
30	1			fonendoscopio
50	1			equipo de diagnóstico
30	1			negatoscopio
10	1			papelera
8	internista			120
		10	1	gradilla
		200	1	escritorio
		800	1	computador
		80	1	archivador

		50	1	tensiómetro
		30	1	fonendoscopio
		50	1	equipo de diagnóstico
		30	1	negatoscopio
		10	1	papelera
9	1 clínico	120	1	camilla
		10	1	gradilla
		200	1	escritorio
		800	1	computador
		80	1	archivador
		50	1	tensiómetro
		30	1	fonendoscopio
		50	1	equipo de diagnóstico
		30	1	negatoscopio
		10	1	papelera
10	oficina nutricionista	200	1	escritorio
		800	1	computador
		150	1	balanza bioimpedancia
		80	1	archivador
		10	1	papelera
11	oficina trabajadora social	200	1	escritorio
		800	1	computador
		150	1	balanza bioimpedancia
		80	1	archivador
		10	1	papelera
12	jefatura enfermería y cuidado paciente crítico	120	1	vitrina
		200	1	escritorio
		800	1	computador
		80	1	archivador
		10	1	papelera
		100	1	material de educación
		120	1	sillón ergonómico
		600	6	sillas
13	enfermera cuidado directo y emergencia	200	1	estación de enfermería
14	auxiliares de enfermería 2	100	2	tensiómetros digitales
		48	6	termómetros digitales

		100	2	mesas toma signos
		250	1	balanza con tallímetro
		350	10	sillas tipo pluma
		20	4	basureros
		100	1	insumos de escritorio
		100	1	insumos antisépticos
15	contador	6000	1	central de cómputo
		2000	1	impresora y computador y copiadora
		200	1	escritorio
		80	1	archivo
		120	1	silla ergonómico
		120	1	vitrina
16	secretaria	800	1	computador
		120	1	escritorio
		80	1	archivo
		120	1	silla ergonómico
		35	1	sillas pluma
17	auditorio del personal	800	1	computador
		400	1	infocus
		1500	1	televisión
		100	1	DVD
		150	1	pizarra
18	imagenologia	6000	1	ecógrafo
TOTAL AREA READECUADA				52.758,00

Presupuesto del área readeuada: **52.758,00 dólares.** A este presupuesto se aumentará el costo de cocina y comedor con los utensilios necesarios para volver a reactivar este departamento.

ÁREA DE FISIATRÍA Y REHABILITACIÓN

1	AREA DE ELECTROTERAPIA	8000	1	Equipo de magnetoterapia
		8000	1	Onda corra conpar de electrodos de 12 o 13 cm. Con electrodo ddiplode o articulado
		3000	1	Equipo láser para rehabilitación con dos pares de gafas para pacientes y fisioterapista y con aplicados o diodo laser
		2500	1	Equipo de ultrasonido para rehabilitación incluye dos cabezales de 1 a 5 cm2
		3000	1	Equipo de electroestimulador con plcas y pincel para puntos motores
		20000	1	Equipo de onda de choque para rehabilitación
		100	1	Vibrador masajeador
		6000	1	Tracción cérico lumbar
2	AREA DE GIMNASIO	2000	1	Equipo de multifuerzas de un cuerpo
		200	1	Juego de bandas elásticas para ejercicios de resistencia muscular
		260	1	Juego de pesas adhesivas tobilleras de 1 5 kg. Dos por juego
		260	1	Juego de pesas para miembros superiores de 1 a 5 kg dos por juego
		120	1	Juego de balones terapétucios por 3
		300	1	Bicicleta magnética
		400	1	Bicicleta magnética con

				asiento horizontal
		300	1	Romo magnético
		100	1	Paralelas
		200	1	Escalera sueca
		150	1	Rampa y gradas
		50	1	Escalerilla para dedos
		50	1	Espejo para paralelas
		30	1	Espejo para tratamiento de parálisis facial.
3	AREA DE AGENTES FISICOS	2400	1	Congelador pequeño con doce compresas frías
		2200	1	Tanque de compresas calientes o didrocollator con doce compresas químicas calientes
		250	1	Tanque de parafina para manos
		100	1	Doce coberturas para compresas químicas
4	OFICINA FISIATRA	100	1	Camilla
		50	1	Mesa auxiliar
		120	1	camilla
		10	1	gradilla
		200	1	escritorio
		800	1	computador
		80	1	archivador
		50	1	tensiómetro
		30	1	fonendoscopio
		50	1	equipo de diagnóstico
		30	1	negatoscopio
	OFICINA NUTRICIONISTA	200	1	Escritorio
		800	1	Computador
		150	1	Balanza bioimpedancia
		80	1	Archivador
		10	1	Papelera
TOTAL AREA FISIATRÍA				62.740,00

Presupuesto área fisioterapia: 62.740,00 dólares

	PISCINA SEMIOLÍMPICA	80.000	1	Construcción
	CONSTRUCCIÓN DEL AUDITORIO Y AREA RECREACIONAL	100.000	1	Estructura metálica y
TOTAL CONSTRUCCIÓN NUEVA				180.000,00

Presupuesto construcción: 180.000 dólares

PRESUPUESTO TOTAL (ÁREA READECUADA, ÁREA FISIATRÍA, Y ÁREA DE CONSTRUCCIÓN): 295.498,00 DÓLARES

ÁREA READECUADA	52.758,00
ÁREA FISIATRÍA	62.740,00
ÁREA DE CONSTRUCCIÓN	180.000,00
TOTAL	295.498,00

PRESUPUESTO PARA EL PAGO DE HONORARIOS DE RECURSO HUMANO. EN FORMA MENSUAL.

9	MEDICOS ESPECIALISTAS 8 HORAS	2029,00	18.261,00	PAGO MENSUAL
1	NUTRICIONISTA O NUTRIOLOGA	1500,00	1500,00	PAGO MENSUAL
2	ENFERMERAS	1500,00	3.000,00	PAGO MENSUAL
2	AUXILIARES DE ENFERMERÍA	482,00	964,00	PAGO MENSUAL
TOTAL PAGO MENSUAL				23.725,00

PAGO MENSUAL POR SERVICIOS PROFESIONALES: 23.725,00

Cabe mencionar que el presupuesto de talento humano se propone a parte del talento humano existente, debido a que los 8 talentos

humanos que existen deben seguir en sus funciones. Los que se incrementan son para las áreas que se propone aumentar y readecuar.

- En lo referente a Laboratorio, farmacia, odontología cuenta con todo los recursos humanos y materiales.
- El Equipo de rayos X requiere de un mantenimiento.

5. 9 Validación de la Propuesta

Se utilizó el método de Socialización del proyecto con los actores directos.

5.9.1 Introducción:

El propósito de dar a conocer la propuesta es de indicar y hacer ver la necesidad de la misma. Se dio a conocer los datos obtenidos en la línea de base que fijó un diagnóstico situacional que fue dirigido a usuarios externos e internos. Y como respuesta se esperó el compromiso y aceptación por parte de autoridades, del personal de la Unidad y así mismo permitir involucrar a los beneficiarios directos e indirectos.

5.9.2 Objetivo general:

Socializar la propuesta: un diagnóstico situacional, aplicación de encuestas de opinión a beneficiarios directos e indirectos, observación directa. Así como la implementación del Modelo de Atención Integral de Enfermería con Calidad.

5.9.3 Objetivos específicos:

- ▶ Socializar los problemas y necesidades detectadas en la Unidad de atención ambulatoria del IESS – Atuntaqui.
- ▶ Comprometer a las autoridades y al personal de la Unidad a involucrarse con el plan.

5.9.4 Metas:

- ▶ Implementación del proyecto

5.9.5 Estrategia metodológica:

- ▶ Taller, Reunión y conferencia con autoridades y personal de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui

5.9.6 Recursos:

- ▶ Humano: maestrante.
- ▶ Materiales: Coffe break para los asistentes a la reunión.
Computador, infocus, material bibliográfico
- ▶ Económicos: peculio del maestrante.

5.9.7 Lugar:

Auditorio de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui

5.9.8 Participantes:

- ▶ Personal de la Unidad.
- ▶ Autoridad máxima de la Unidad.
- ▶ Tres representantes de los usuarios externos de la Tercer edad.

5.9.9 Organización:

- ▶ Maestrante de la UTN

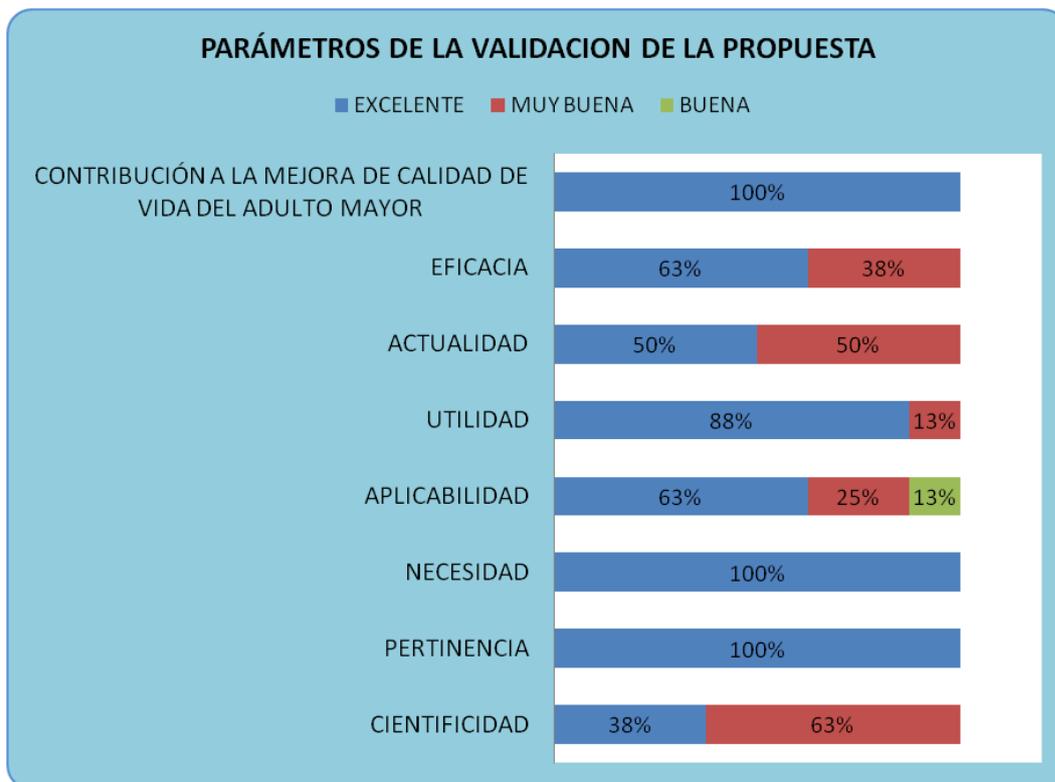
5.9.10 Agenda de reunión:

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA
<p>Exponer la propuesta con todos sus estamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea de base (diagnóstico situacional) • La propuesta en sí • Presupuesto requerido • Beneficios para la población. 	Lic. Lourdes Posso	12 de diciembre 2010.
<p>Conferencia: Tema: Organización del Modelo de Atención Integral para el Adulto mayor</p>	Lic. Lourdes Posso	12 de diciembre de 2010
<p>Conferencia. Tema: Conferencia de motivación al cambio: La calidad total como el principio de servicio y el usuario como la razón de ser de la Institución.</p>	Lic. Lourdes Posso	12 de diciembre de 2010

5.9.11 Evaluación:

El personal de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui, está consciente que para lograr la satisfacción del usuario externo e interno es necesaria la atención con calidad integral.

Se encontró los siguientes resultados:



ANEXOS

ANEXO N° 1

ENCUESTA PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO. DIRIGIDA A LOS USUARIOS EXTERNOS

GÉNERO: FEMENINO MASCULINO
CIUDAD DE RESIDENCIA: ANTONIO ANTE OTRO LUGAR
EDAD: 60 – 69 AÑOS 70 – 79 AÑOS >80 AÑOS
ESTADO CIVIL: CASADO VIUDO DIVORCIADO SOLTERO
PROFESIÓN: EMPLEADO AGRICULTOR
OBR/JORNA JUBILADO
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ARRENDADA SERVICIOS
BENEFIC.
SERVICIOS BÁSICOS: AGUA LUZ ALCANTARILLADO
SSH

1.- ¿Con quién vive actualmente?

Solos familiares amigos otros

2.- ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?

Físicas artísticas artesanías ninguna

3.- ¿Cuál es su ingreso promedio mensual?

Salario mín < salario mín > salario mín

4.- ¿A dónde acude la mayoría de veces cuando Ud. se enferma?

UAAIA Médico particular Inst. MSP
Ag. tradicionales

5.- ¿El tipo de atención que recibe en la UAAIA es?

Satisfactoria insatisfactoria Medianamente satisf
NS /NC

6.- ¿Qué enfermedad presenta actualmente?

.....
.....
.....

7.- ¿La calidad de atención que se oferta en las especialidades de la Unidad es?

Satisfactoria insatisfactoria Medianamente satisf
NS /NC

8.- ¿Considera Ud. necesaria la transformación de la Unidad a Centro de Atención Integral Ambulatorio para el Adulto mayor como Institución dependiente del IESS?

Si No

8.1 ¿Si lo considera necesario cual sería el justificativo?

Cubrir las necesidades usuario
evitar la referencia al Hospital regional
Facilitar la atención de enfermedades

9.- ¿Considera Ud. necesario el Servicio de Rehabilitación Física en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui?

Si No

10.- ¿Cree Ud. que la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Atuntaqui cuenta con el suficiente espacio para readecuar y ampliar las Instalaciones?

Si No

ANEXO N° 2

ENCUESTA PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO. DIRIGIDA A LOS USUARIOS INTERNOS

1.- **¿Considera Ud. que el tipo de atención que se está brindando en la Institución responde a las necesidades de los usuarios?**

Si No

2.- **¿Hace que tiempo asistió a una capacitación referente a su gestión?**

rara vez hace un año hace 6 meses

3.- **¿Conoce Ud. si la Institución dispone o cuenta con un programa de Capacitación para el personal?**

Si No

4.- **¿conoce Ud. si existe un Manual de protocolos y Estandarización en la Institución?**

Si No

5.- **¿está Ud. dispuesto y preparado para implementar cambios en la Institución?**

Si No

6.- **¿Considera Ud. que la prestación de servicios sea de calidad?**

Si No

7.- **¿Considera Ud. necesaria la transformación de la Unidad a Centro de Atención Integral del Adulto mayor dependiente del IESS – Atuntaqui?**

Si No

ANEXO N° 3

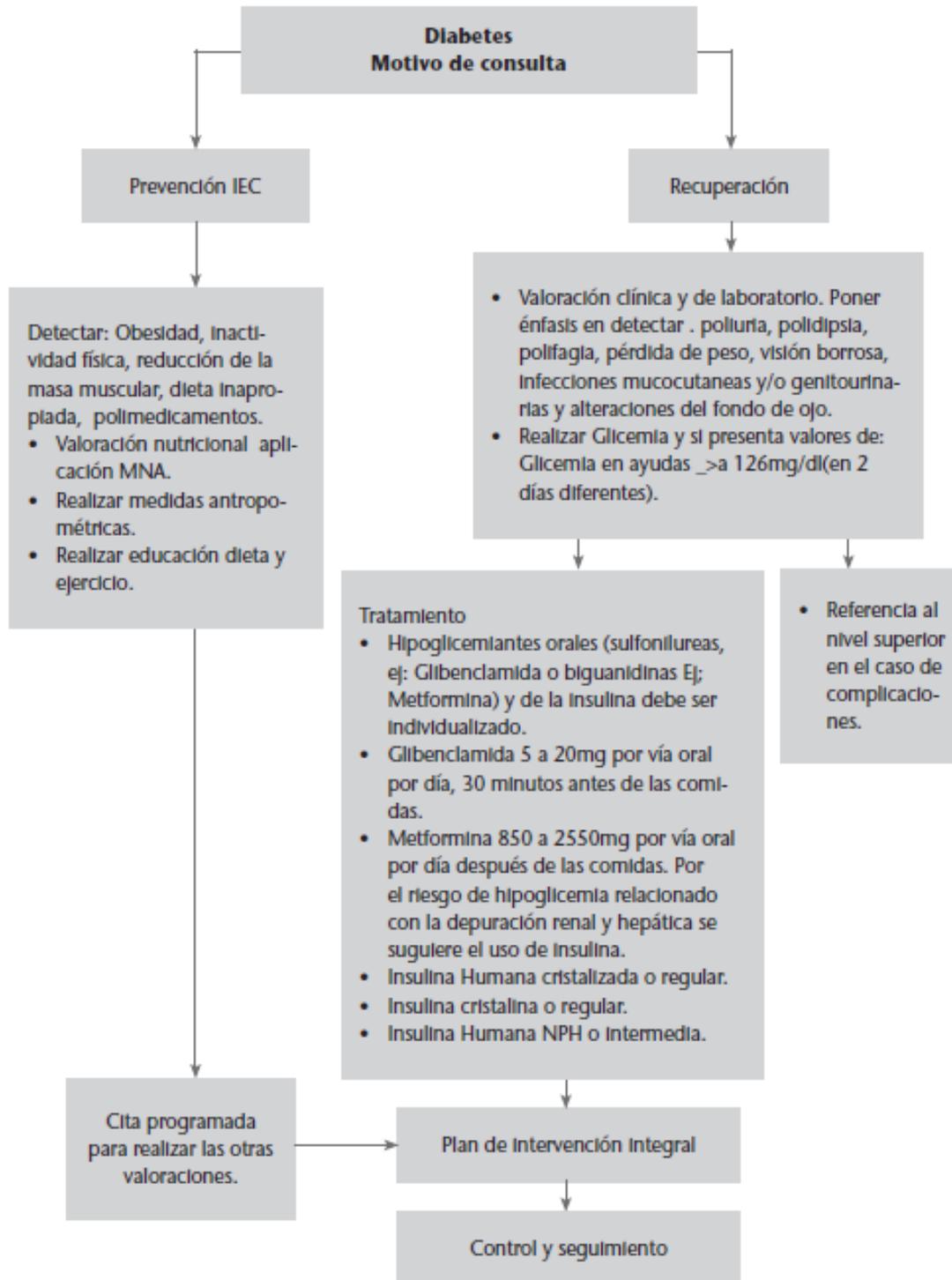
ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE ENFERMEDADES
CRÓNICO – DEGENERATIVAS

Diabetes

Es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia, secundaria a la acción inadecuada y/o secreción deficiente de insulina, con tendencia a desarrollar complicaciones específicas. Analíticamente la podemos conceptuar como presencia de glucemia basal en dos ocasiones mayor a 126 o una glucemia mayor de 200 mg/dl al azar.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de laboratorio. - Medidas de auto cuidado: - Fomento de disciplina alimentaria, dieta balanceada, variada, sobretodo en cantidad moderada, evitando los azúcares simples, ingesta de frutas frescas, verduras y legumbres. Disminución de la ingesta proteica (0,6g/Kg/día). - Actividad física moderada, caminar en plano durante toda la vida. - Fomentar y enseñar la automedida de la presión arterial en casa, cada tres meses, por la comorbilidad. - Medición del peso, cada 15 días, en la misma balanza, sin ropa. - Examen elemental y microscópico de orina: control de la glucosa, proteínas y cuerpos cetónicos, cuando están en una cantidad mayor de 30 mg/dl, detecta riesgo, se puede hacer también utilizando tirillas reactivas. - Examen de orina al azar con tirillas que cuantifican albúmina, permite reconocer en forma temprana las lesiones renales desde su forma incipiente. - Prueba de control realizar en la primera orina de la mañana, 3 días seguidos, cada 3 meses, 2 pruebas positivas de las 3, confirman la microalbuminuria. - Realizar la prueba en una gota gruesa de sangre, extraída del pulpejo del dedo mediante una punción con una lanceta. - Cesación del hábito de fumar. - Cuidados especiales de los pies en todas las personas, pero con énfasis en diabéticos confirmados. - Uso de zapatos cómodos, limpios, que se ajusten adecuadamente a los pies. - Cortar las uñas en línea recta. - No caminar descalzo. 	Médico, Enfermera y Equipo de Salud	Por demanda	30 minutos	X		

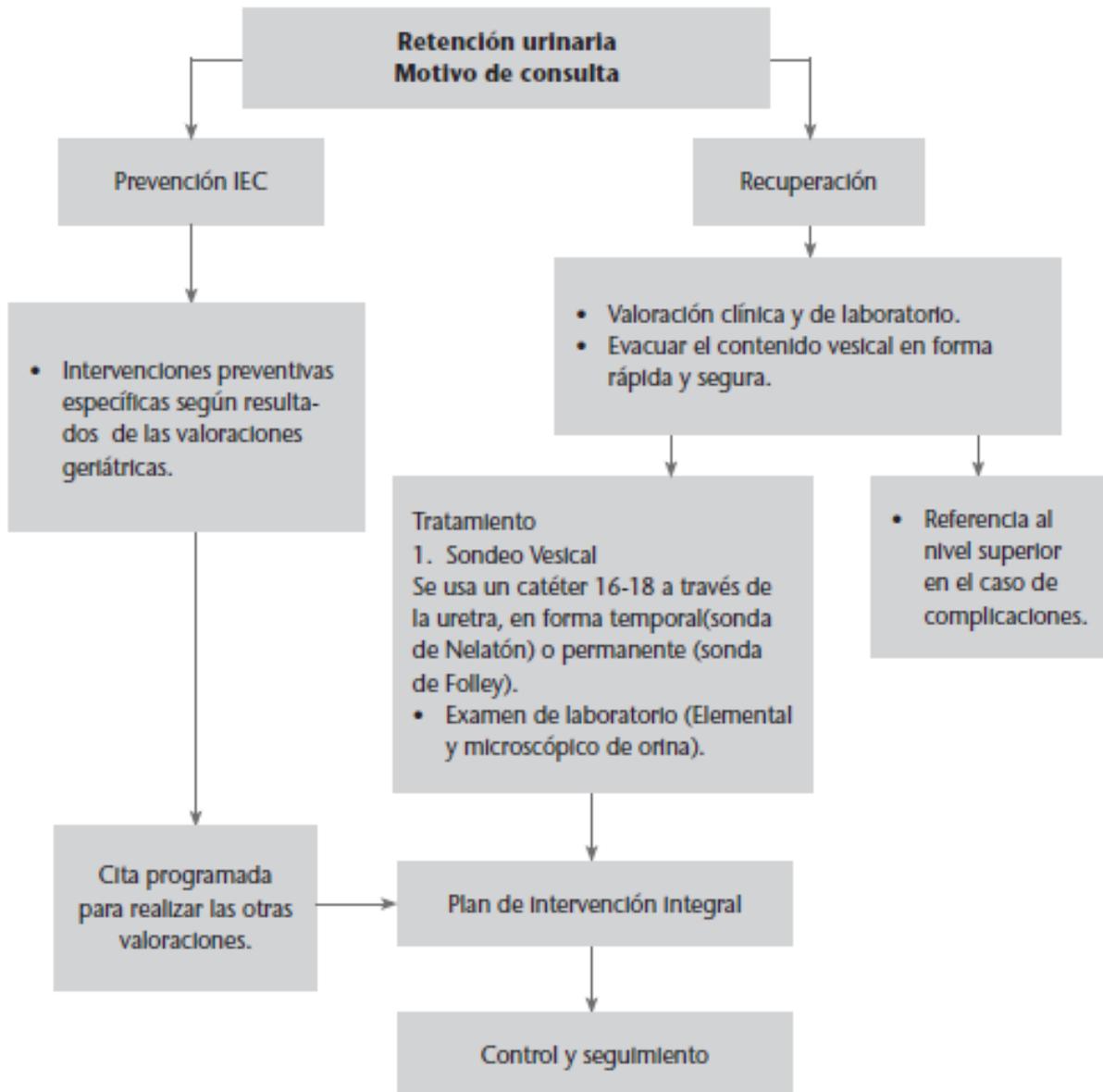
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<ul style="list-style-type: none"> - No utilizar químicos para la remoción de callos. - No utilizar ligas. - Diariamente observe los pies buscando ampollas, lastimados o rasguños, revisar la zona entre los dedos. - Lubricar diariamente piernas y pies. - Cita programada para aplicar la valoración geriátrica integral: Valoración funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. - Referir al paciente cuando se requiera exámenes especializados. <p>Recuperación Qué hacer en la hipoglicemia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes conscientes - Valorar glucemia durante el episodio y 20 minutos post ingesta. - Administrar carbohidratos simples (20g de glucosa): 2-3 cucharadas de azúcar, 2 o 3 caramelos, 1 vaso de gaseosa no dietética, un vaso de jugo o agua con 2 o 3 cucharadas de azúcar. Luego administrar una porción de carbohidratos complejos - Seguimiento y control de tratamiento establecido (diagnóstico confirmado) - Controles - Referencia al siguiente nivel si el caso amerita - Pacientes inconscientes, con convulsiones. - Transferencia inmediata al segundo nivel. <p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extremar el control metabólico. - Examen oftalmológico. - El uso de hipoglicemiantes orales (sulfonilureas, ej: Glibenclamida o biguanidinas Ej; Metformina) y de la insulina debe ser individualizado. - Glibenclamida 5 a 20mg por vía oral por día, 30 minutos antes de las comidas. 	<p>Médico, Enfermera y Equipo de Salud</p>	<p>Por demanda</p>	<p>30 minutos</p>	<p>X</p>		

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<ul style="list-style-type: none">- Metformina 850 a 2550mg por vía oral por día después de las comidas. Por el riesgo de hipoglicemia relacionado con la depuración renal y hepática se sugiere el uso de insulina.- Insulina Humana cristalizada o regular.- Insulina cristalina o regular.- Insulina Humana NPH o intermedia.- Referencia al segundo nivel si se presentan complicaciones neurológicas, oftálmicas, metabólicas y enfermedades cardiovasculares.- Control y seguimiento.						
Ver flujograma correspondiente						



Retención Urinaria

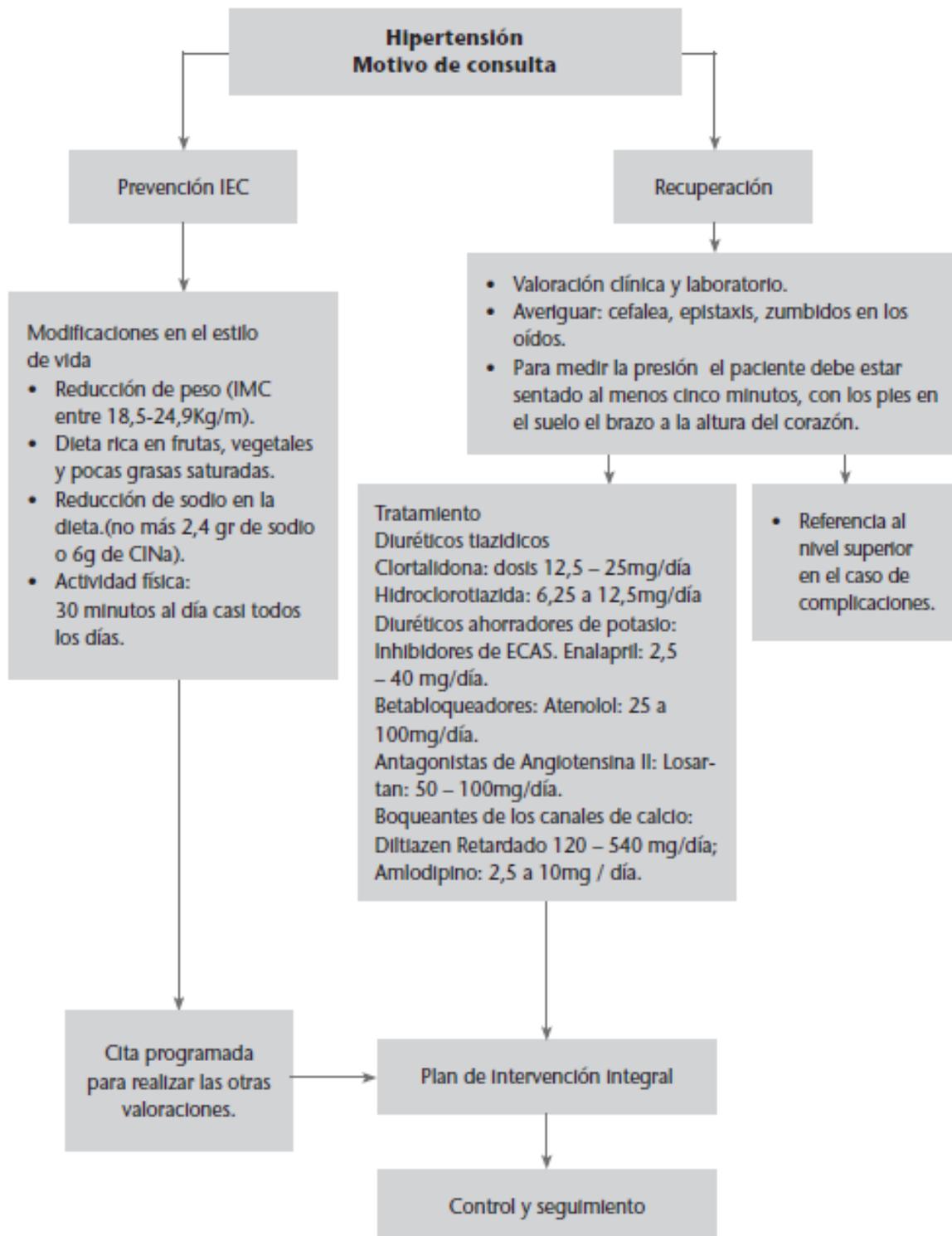
La retención aguda de orina, se define como la imposibilidad repentina y frecuentemente imprevista, de realizar el vaciamiento vesical a pesar del esfuerzo que realiza el paciente. Constituye una de las llamadas "urgencias urológicas" con una gran incidencia en los adultos mayores y cuando no se trata adecuadamente puede conducir hacia la falla renal irreversible y por tanto aumentar importantemente el riesgo de muerte, puede ser una complicación común de la HPB.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
Generales de prevención <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de laboratorio. - Intervenciones preventivas específicas según resultados de las valoraciones geriátricas. - Evacuar el contenido vesical en forma rápida y segura. 1. Sondeo Vesical Se usa un catéter 16-18 a través de la uretra, en forma temporal (sonda de Nelatón) o permanente (sonda de Folley). <ul style="list-style-type: none"> - Examen de laboratorio (Elemental y microscópico de orina). - Determinar el diagnóstico y tratamiento - Seguimiento y control. - Referencia al nivel superior en el caso de continuar con el problema y presentar complicaciones. 	Médico, Enfermera y Equipo de Salud	Por demanda	30 minutos	X		
Ver flujograma correspondiente						



Hipertensión

Se define por la presencia de los valores de la presión arterial superiores a la normalidad de manera persistente. Considerando que la presión normal es de 120/80 mm de Hg, cifras iguales o mayores de 140/90 se considera hipertensión arterial.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de laboratorio Medida correcta de la Presión Arterial: El paciente debe estar sentado y quieto en una silla, durante 5 minutos con los pies en el suelo y el brazo a la altura del corazón. El tamaño del brazalete debe sobrepasar el 80% del grosor del brazo. El borde inferior del manguito debe quedar a 2cm por arriba de la flexura del codo, el estetoscopio nunca debajo del manguito. - Medidas de auto cuidado. - Consumo de alimentación rica en frutas y vegetales, potasio y calcio. Pocas grasas saturadas y totales durante el día. - Reducción de sodio en la dieta. No más de 2.4r de sodio o 6g de cloruro sódico al día. - Actividad física: Hacer ejercicio aeróbico regular, como caminar rápido al menos 30 minutos al día durante 3 días a la semana. - Averiguar: cefalea, epistaxis, zumbidos en los oídos. - Chequeo mensual TA. <p>Modificaciones en el estilo de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducción de peso (IMC entre 18,5-24,9Kg/m). - Dieta rica en frutas, vegetales y pocas grasas saturadas. - Reducción de sodio en la dieta. (no más 2,4 gr de sodio o 6g de ClNa) - Evitar el estrés. - Estilos y hábitos de vida saludable. - Disminuir el alcohol, tabaquismo, droga. - Cita programada para valoración geriátrica integral: 	Médico, Enfermera, equipo de Salud	Por demanda	30 minutos	X		

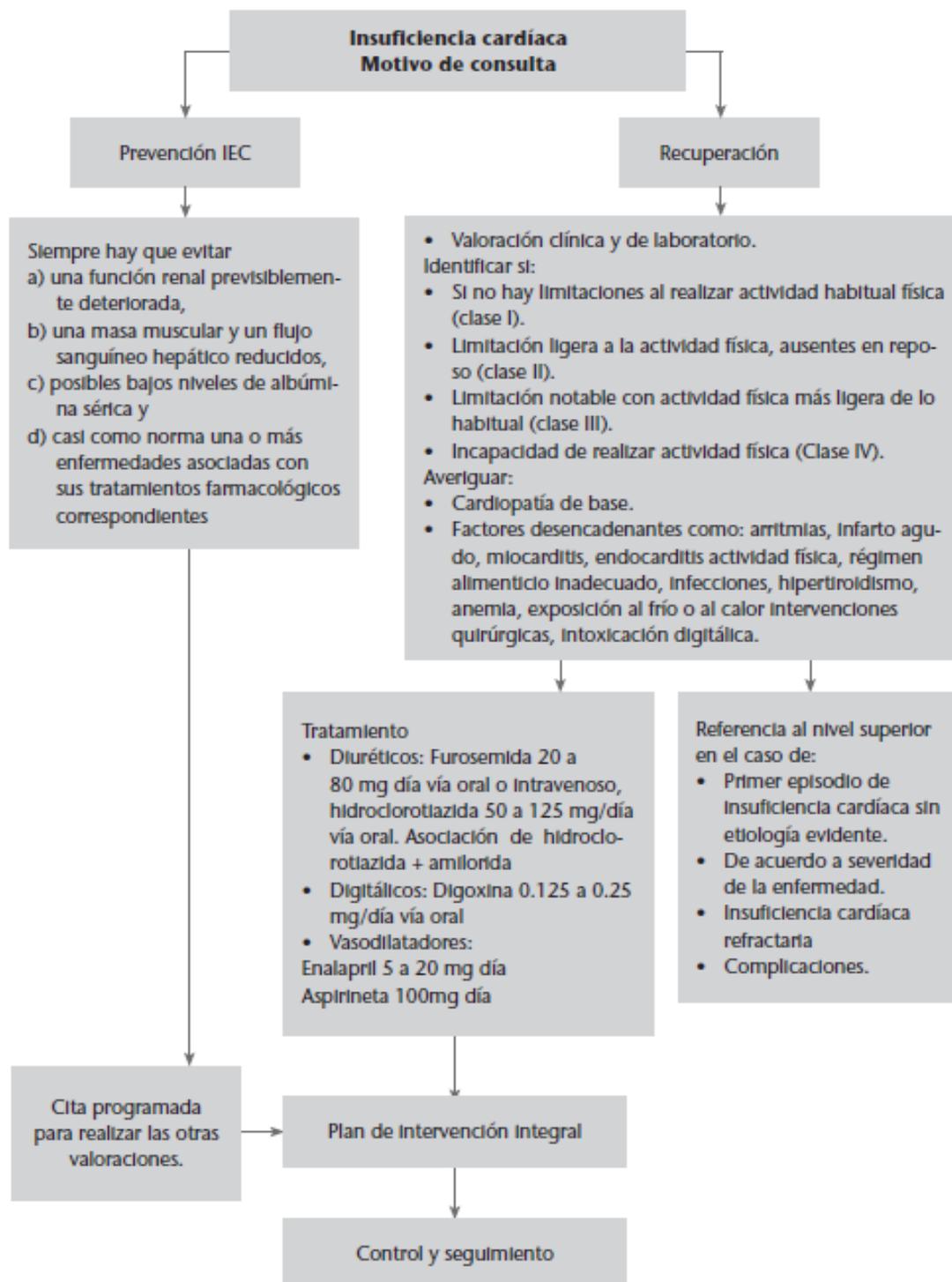
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<p>Valoración funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social.</p> <p>Recuperación - Valoración Clínica y Laboratorio. - El objetivo primario de la terapia antihipertensiva es conseguir el descenso de la Presión Sistémica y de la presión Diastólica a menos de 140/90.</p> <p>Recuperación Tratamiento Farmacológico. Diuréticos tiazidicos. Clortalidona: dosis 12,5 – 25 mg/día. Hidroclorotiazida: 6,25 a 12,5 mg/día. Inhibidores de ECAS. Enalapril: 2,5 – 40 mg/día. Betabloqueadores: Atenolol: 25 a 100 mg/día.</p>						
Ver flujograma correspondiente						



Insuficiencia Cardíaca

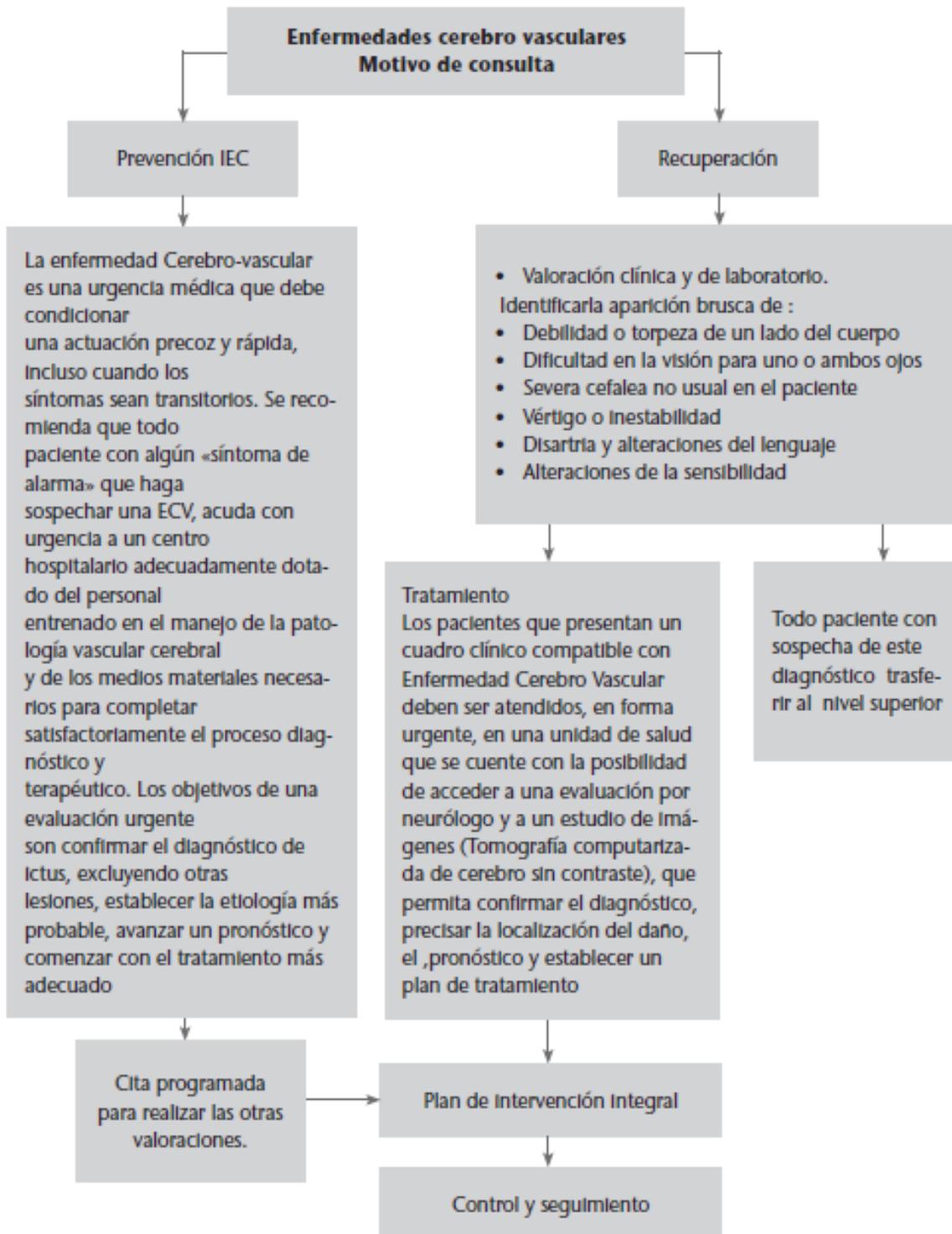
Es un estado resultante de la incapacidad del corazón para mantener un volumen minuto adecuado a las necesidades del organismo. Esta situación se expresa como la falla del corazón como bomba ante el esfuerzo o reposo				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de Laboratorio. <p>Identificar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si no hay limitaciones al realizar actividad habitual física (clase I). - Limitación ligera a la actividad física, ausentes en reposo (clase II). - limitación notable con actividad física más ligera de lo habitual (clase III). - Incapacidad de realizar actividad física (Clase IV). - Educación en estilos de vida saludables - Autocuidado: control de factores nocivos a la salud. <p>Averiguar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatía de base. - Factores desencadenantes como: arritmias, infarto agudo, miocarditis, endocarditis actividad física, régimen alimenticio inadecuado, infecciones, hipertiroidismo, anemia, exposición al frío o al calor intervenciones quirúrgicas, intoxicación digitalina. 						
<p>Manifestaciones Clínicas</p> <p>Criterios Mayores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disnea paroxística nocturna. - Ingurgitación yugular. - Estertores. - Cardiomegalia. - Edema Agudo de pulmón. - Galope por tercer ruido. - Reflujo hepatoyugular. - Pérdida de peso superior a 4,5Kg con tratamiento. <p>Criterios Menores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema maleolar. - Tos nocturna. - Disnea de esfuerzo. - Hepatomegalia. - Aumento de la presión venosa. 	Médico, Enfermera, equipo de Salud	Por demanda	30 minutos	X		

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<ul style="list-style-type: none"> - Derrame pleural. - Taquicardia mayor a 120 latidos por minuto. Para el diagnóstico, es necesario la presencia de al menos dos criterios mayores y uno menor. Los criterios menores son válidos si se excluyen otras causas. <p>Complicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edema agudo de pulmón. - Arritmias cardíacas. - Intoxicación digitálica. - Trastornos electrolíticos por terapia diurética. - Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. <p>Recuperación</p> <p>Tratamiento Farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diuréticos: Furosemida 20 a 80 mg día vía oral o intravenoso, hidroclorotiazida 50 a 125 mg/día vía oral. Asociación de hidroclorotiazida + amilorida. - Digitálicos: Digoxina 0.125 a 0.25 mg/día vía oral. - Vasodilatadores: Enalapril 5 a 20 mg día. Aspirineta 100mg día. <p>Referencia en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primer episodio de insuficiencia cardíaca sin etiología evidente. - De acuerdo a severidad de la enfermedad. - Insuficiencia cardíaca refractaria. - Complicaciones. - Control y seguimiento. 						



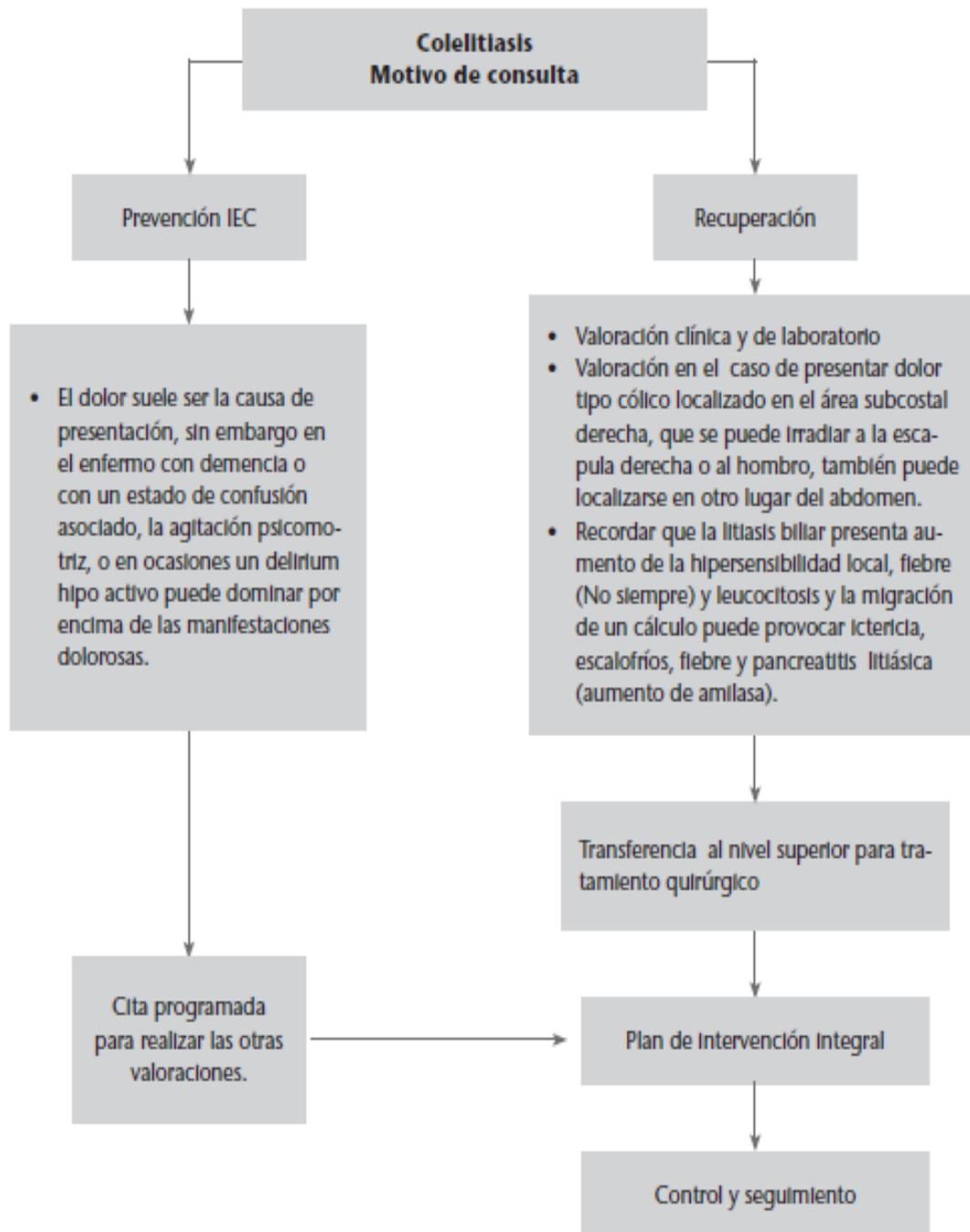
Enfermedades cerebro-vasculares

Accidente cerebro vascular: Déficit neurológico focal o global, de inicio brusco, no convulsivo, que dura más de 24 horas y que se debe a una alteración vascular.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de laboratorio. Identificarla aparición brusca de: - Si el paciente llega consciente: - Identificar debilidad o torpeza de un lado del cuerpo. - Dificultad en la visión para uno o ambos ojos. - Severa cefalea no usual en el paciente. - Vértigo o inestabilidad. - Disartria y alteraciones del lenguaje. - Alteraciones de la sensibilidad. - Estabilidad. - Referencia. <p>Hipertensión Intracraneana Aguda</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefalea severa. - Depresión de la conciencia. - Náusea y vómito. - Diplopía horizontal. - Papiledema o hemorragias retinianas - Irritación meníngea. - Dolor y rigidez de cuello. - Descompensación por indisciplina en cuidados específicos de riesgo. - Interrupción de tratamiento. - Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. <p>Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabilizar. Tratamiento Con la sintomatología indicada transferir URGENTEMENTE al siguiente nivel para confirmación del DIAGNÓSTICO y tratamiento especializado segundo nivel. - Control y seguimiento. 	Médico, Enfermera y Equipo de Salud	Por demanda	30 minutos	X		



Colelitiasis

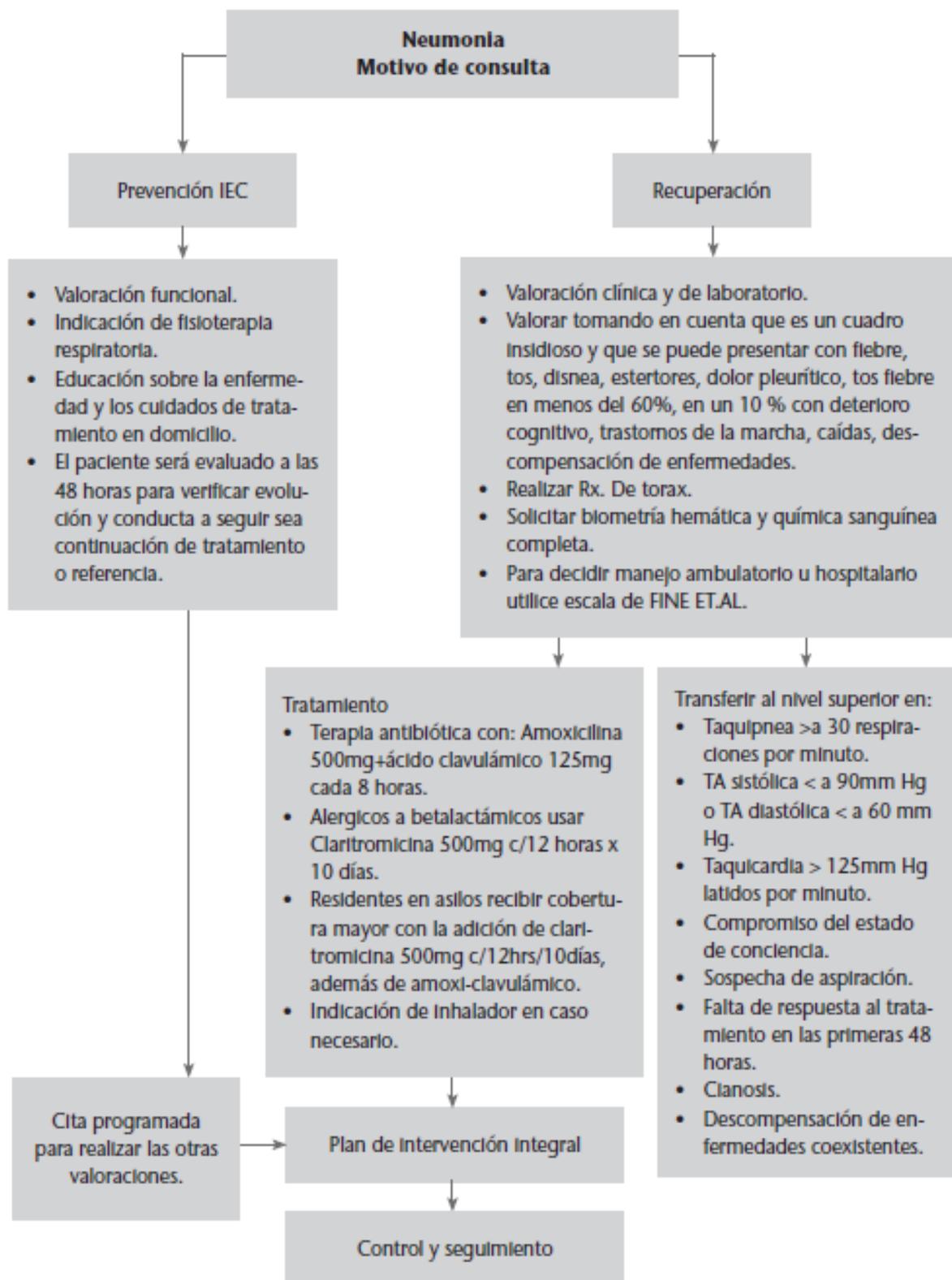
Los trastornos de la vesícula y del árbol biliar representan alrededor de la tercera parte de las operaciones abdominales realizadas en pacientes adultos mayores.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de Laboratorio. - Identificar en el caso de presentar dolor tipo cólico localizado en el área subcostal derecha, que se puede irradiar a la escápula derecha o al hombro, también puede localizarse en otro lugar del abdomen. - Recordar que la litiasis biliar presenta aumento de la hipersensibilidad local, fiebre (No siempre) y leucocitosis y la migración de un cálculo puede provocar ictericia, escalofríos, fiebre y pancreatitis litiásica (aumento de amilasa). - Alimentación hipograsa. - Evitar fritos, comida chatarra. - Horario de alimentación de acuerdo a estado de salud. - Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. <p>Recuperación Tratamiento Transferencia al nivel superior para tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control y seguimiento. - Cuidados post operatorios en casos de pacientes sin sustento económico y familiar, referencia al hospital adulto mayor. 	Médico, Enfermera y Equipo de Salud	Por demanda	30 minutos	X		



Neumonía

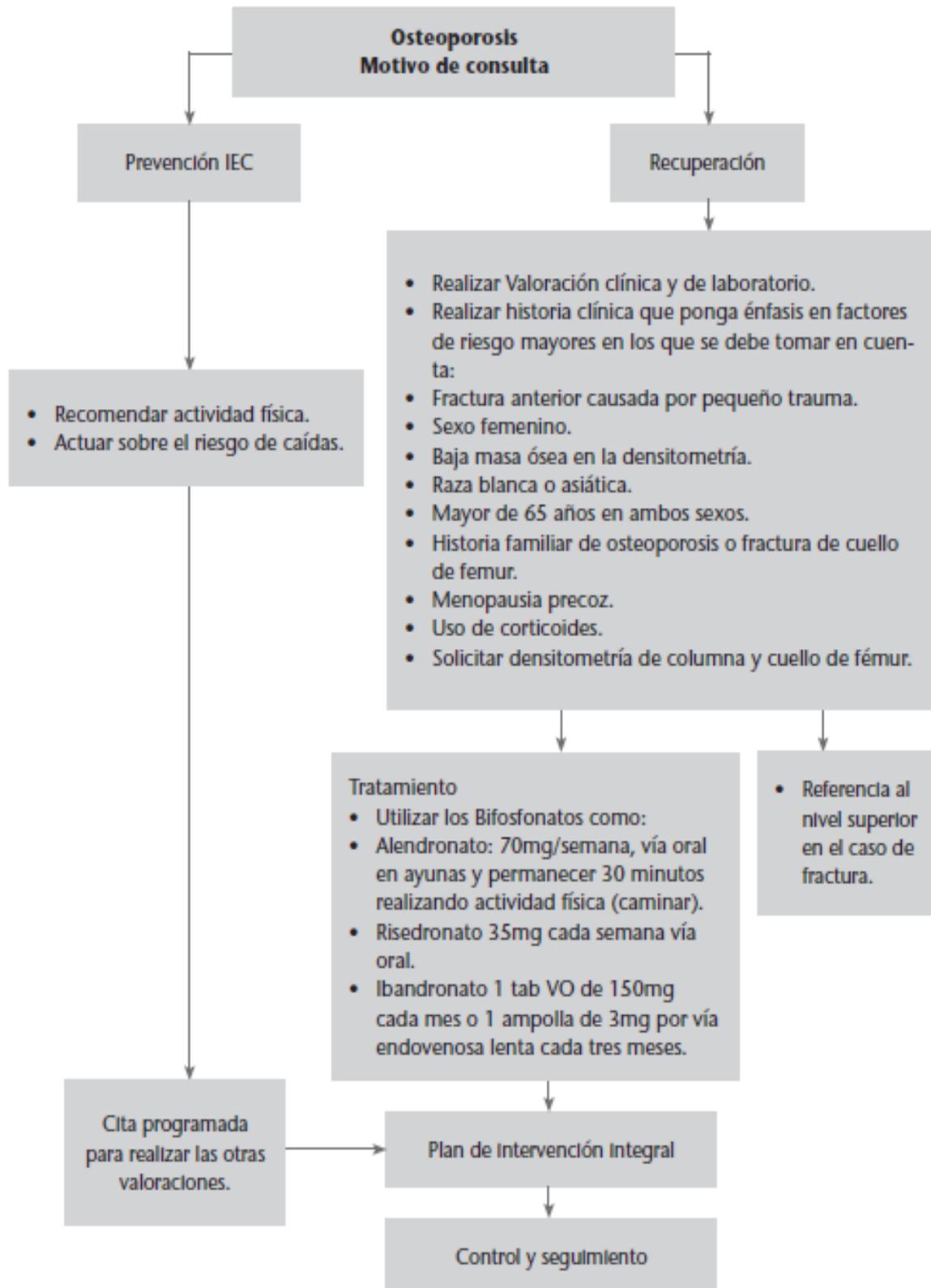
Se define como un proceso inflamatorio agudo del parénquima pulmonar, de etiología infecciosa generalmente provocada por bacterias, virus u hongos				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de Laboratorio. - Valorar tomando en cuenta que es un cuadro insidioso y que se puede presentar con fiebre, tos, disnea, estertores, dolor pleurítico, tos fiebre en menos del 60%, en un 10 % con deterioro cognitivo, trastornos de la marcha, caídas, descompensación de enfermedades. - Utilice la escala de riesgo de NAC PSI según FINE ET.AL - Si no presenta signos de alarma o factores de riesgo. - Solicite Rx. de torax. - Solicitar biometría hemática y química sanguínea completa. - Antibiótico terapia. - Inmunizaciones, esquema del PAI. - Educación sobre la enfermedad y los cuidados de tratamiento en domicilio. - Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración Funcional Valoración Psíquica Valoración Nutricional Valoración Social <p>Recuperación</p> <p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia antibiótica con: Amoxicilina 500mg+ácido clavulámico 125mg cada 8 horas. - Alérgicos a betalactámicos usar Claritromicina 500mg c/12 horas x 10 días. - Residentes en asilos recibir cobertura mayor con la adición de claritromicina 500mg c/12hrs/10días, además de amoxi-clavulámico. - Indicación de inhalador en caso necesario. - Indicación de fisioterapia respiratoria. 	Médico, Enfermera, Equipo de Salud	Por demanda	30 minutos	X		

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<ul style="list-style-type: none"> - El paciente será evaluado a las 48 horas para verificar evolución y conducta a seguir sea continuación de tratamiento. - Referencia al segundo nivel. <p>Transferir al Nivel Siguiente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taquipnea > a 30 respiraciones por minuto. - TA sistólica < a 90mm Hg o TA diastólica < a 60 mm Hg. - Taquicardia > 125mm Hg latidos por minuto. - Compromiso del estado de conciencia. - Control y seguimiento. 						
Ver flujograma correspondiente						



Osteoporosis

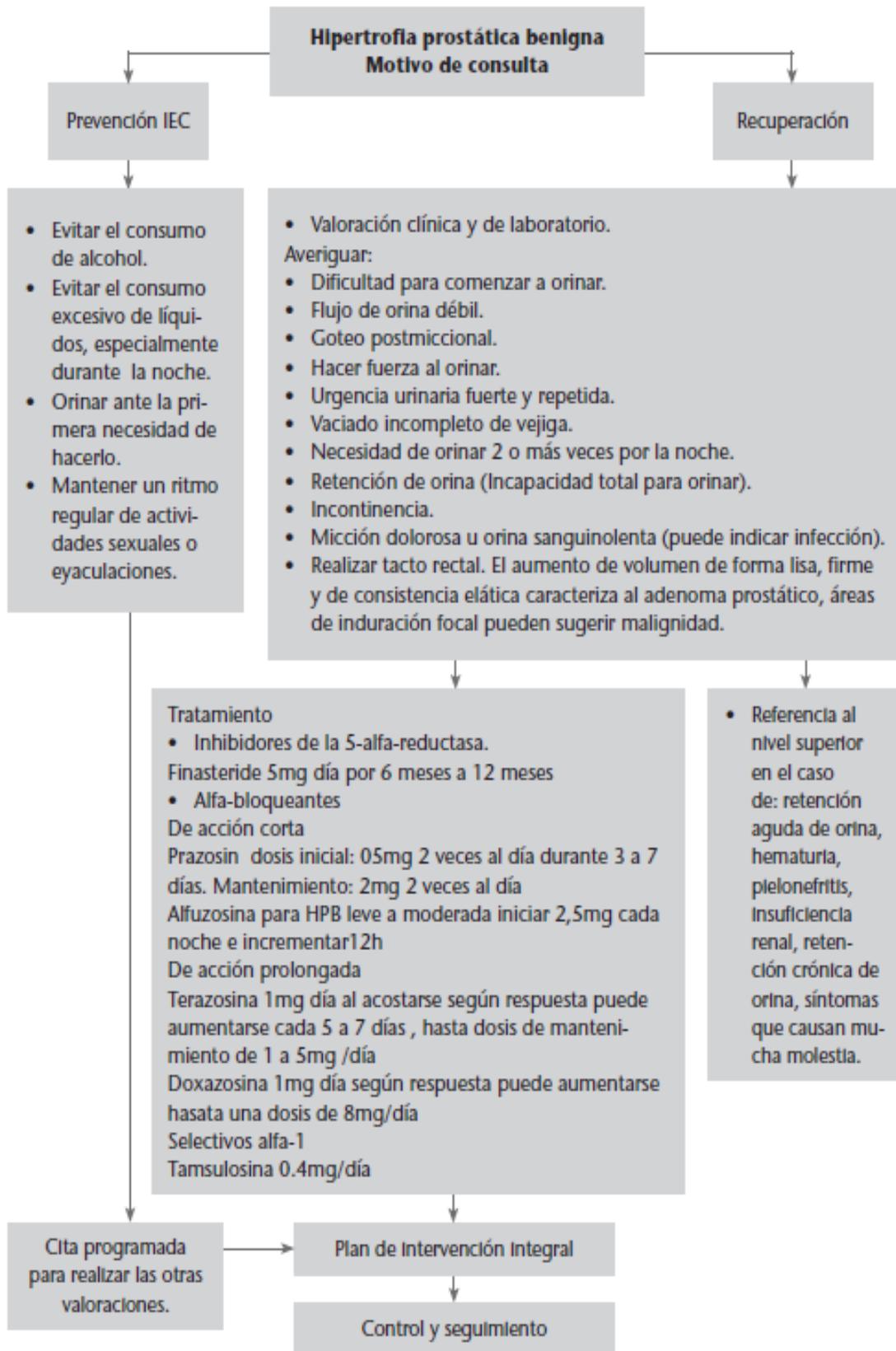
Es una enfermedad sistémica del esqueleto producida por una pérdida de masa ósea y una alteración de la micro arquitectura del tejido óseo que provoca un aumento de la fragilidad del mismo y riesgo de fracturas.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de Prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar Valoración clínica y de laboratorio. - Ponga énfasis en factores de riesgo mayores en los que se debe tomar en cuenta: - Fractura anterior causada por pequeño trauma. - Sexo femenino. - Baja masa ósea en la densitometría. - Raza blanca o asiática. - Mayor de 65 años en ambos sexos. - Historia familiar de osteoporosis o fractura de cuello de fémur. - Menopausia precoz. - Uso de corticoides. <p>Exámenes: solicitar densitometría ósea de cuello de fémur, columna vertebral y si puede de antebrazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recomendar actividad física. - Actuar sobre el riesgo de caídas. - Cita programada para valoración geriátrica integral: <p>Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social.</p> <p>Recuperación</p> <p>Tratamiento Farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar los Bifosfonatos como: - Alendronato: 70mg/semana, vía oral en ayunas y permanecer 30 minutos realizando actividad física (caminar). - Risedronato 35mg cada semana vía oral - Ibandronato 1 tab VO de 150mg cada mes o 1 ampolla de 3mg por vía endovenosa lenta cada tres meses. <p>Presencia de Fractura Transferencia al siguiente nivel.</p>	<p>Médico, Enfermera, Equipo de Salud</p>	<p>Por demanda</p>	<p>30 minutos</p>	<p>X</p>		
Ver flujograma correspondiente						



Hipertrofia Prostática Benigna

Es una condición en la cual los nódulos benignos agrandan la glándula prostática. La incidencia aumenta a medida que avanza la edad.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de Laboratorio. <p>Averiguar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para comenzar a orinar. - Flujo de orina débil. - Goteo postmiccional. - Hacer fuerza al orinar. - Urgencia urinaria fuerte y repetida. - Vaciado incompleto de vejiga. - Necesidad de orinar 2 o más veces por la noche. - Retención de orina (Incapacidad total para orinar). - Incontinencia. - Micción dolorosa u orina sanguinolenta (puede indicar infección). - Realizar tacto rectal. El aumento de volumen de forma lisa, firme y de consistencia elástica caracteriza al adenoma prostático, áreas de induración focal pueden sugerir malignidad. <p>Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> - El nitrógeno ureico y la creatinina plasmática pueden estar elevados en ptes. Con residuos postmicionales elevados - EMO puede haber signos de IUU y/o hematuria. - Antígeno Prostático (APE) permite detectar con mayor sensibilidad el Ca de próstata. - Evitar el consumo de alcohol. - Evitar el consumo excesivo de líquidos, especialmente durante la noche. - Orinar ante la primera necesidad de hacerlo. - Mantener un ritmo regular de actividades sexuales o eyaculaciones. 	Médico , Enfermera y Equipo de Salud	Por demanda	30 minutos	X		

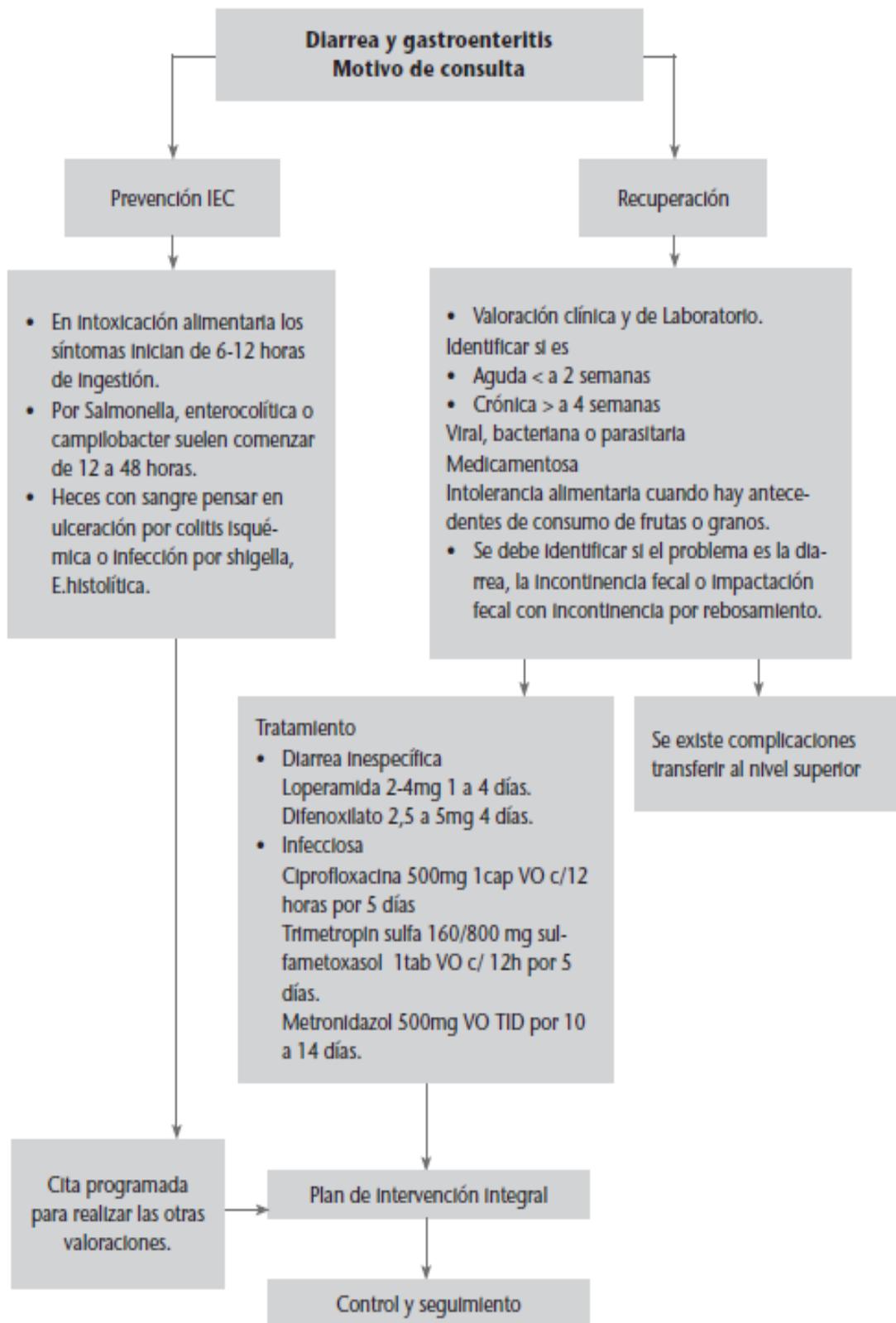
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<p>- Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social.</p> <p>Recuperación Tratamiento Farmacológico</p> <p>- Inhibidores de la 5-alfa-reductasa Finasteride 5mg día por 6 meses a 12 meses.</p> <p>- Alfa-bloqueantes. De acción corta: Prazosin dosis inicial: 05mg 2 veces al día durante 3 a 7 días. Mantenimiento: 2mg 2 veces al día. Alfuzosina para HPB leve a moderada iniciar 2,5mg cada noche e incrementar 12h. De acción prolongada: Terazosina 1mg día al acostarse según respuesta puede aumentarse cada 5 a 7 días, hasta dosis de mantenimiento de 1 a 5mg /día. Doxazosina 1mg día según respuesta puede aumentarse hasata una dosis de 8mg/día.</p> <p>Selectivos alfa-1 Tamsulosina 0.4mg/día</p> <p>Cuando referir siguiente nivel</p> <p>- Retención aguda de orina, hematuria, pielonefritis, insuficiencia renal, retención crónica de orina, síntomas que causan mucha molestia.</p> <p>- Control y seguimiento.</p>						
Ver flujograma correspondiente						



Diarrea y gastroenteritis

<p>La diarrea es una enfermedad que se caracteriza por el aumento en el número de evacuaciones que se realizan diariamente (más de tres) y la consistencia y calidad de las mismas (líquidas). Sin embargo, hay que distinguir que si la persona tiene solamente tres deposiciones y éstas son de consistencia pastosa o semisólida, no deberá considerarse como tal.</p>				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de laboratorio Identificar si es: - Aguda < a 2 semanas. - Crónica > a 4 semanas. Viral, bacteriana o parasitaria Medicamentosa. Intolerancia alimentaria cuando hay antecedentes de consumo de frutas o granos. - Se debe identificar si el problema es la diarrea, la incontinencia fecal o impactación fecal con incontinencia por rebosamiento. - En intoxicación alimentaria los síntomas inician de 6-12 horas de ingestión. - Por Salmonella, enterocolítica o campilobacter suelen comenzar de 12 a 48 horas - Heces con sangre pensar en ulceración por colitis isquémica o infección por shigella, E.histolítica. - Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. <p>Recuperación Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el paciente está consciente: - Líquidos vía oral - Dieta adecuada - Control de medicamentos que está tomando. - Identificar causas. - Diarrea inespecífica. Loperamida 2-4mg 1 a 4 días Difenoxilato 2,5 a 5mg 4 días 	Médico, Enfermera y Equipo de Salud	Por demanda	30 minutos	X		

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<ul style="list-style-type: none">- InfecciosaCiprofloxacina 500mg 1 cap VO c/12 horas por 5 días.Trimetropin sulfa 160/800 mg sulfametoxazol 1 tab VO c/ 12h por 5 días.Metronidazol 500mg VO TID por 10 a 14 días.- Referencia si se presenta complicaciones.- Control y seguimiento.						



ANEXO N° 4
PLANOS DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA
DEL IESS - ATUNTAQUI
