

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

TESIS DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TEMA

“CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBEN LOS GERIÁTRICOS
EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE
PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004 - MARZO 2005”.

AUTORAS

GARCÍA ALAVA JOHANNA VANESSA
ZAMBRANO ALVARADO MA. DE LOS ANGELES.

DIRECTORA DE TESIS

LIC. AUDELYTH JARAMILLO GONZÁLEZ. MG. SC.

PORTOVIEJO MANABÍ ECUADOR
2005

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

LCDA. AUDELYTH JARAMILLO GONZÁLEZ MG. SC. DIRECTORA DE LA TESIS TITULADA: “CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBEN LOS GERIÁTRICOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004 – MARZO 2005”.

CERTIFICA: QUE LAS EGRESADAS GARCÍA ALAVA JOHANNA VANESSA Y ZAMBRANO ALVARADO MARÍA DE LOS ÁNGELES CULMINARON LA INVESTIGACIÓN DE SU TESIS DE GRADO DESCRITA ANTERIORMENTE, NO HABIENDO NINGUNA SUGERENCIA QUE ACOTAR PREVIO A LA SUSTENTACIÓN.

ES TODO CUANTO PUEDO CERTIFICAR EN HONOR A LA VERDAD.

Portoviejo, Abril 12 de 2005.

ATENTAMENTE,

LCDA. AUDELYTH JARAMILLO GONZÁLEZ. MG. SC.

DIRECTORA DE TESIS

**CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y SUSTENTACIÓN
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TEMA: CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBEN LOS GERIÁTRICOS EN
LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO
OCTUBRE 2004 - MARZO 2005.**

TESIS DE GRADO

**Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación y legalizada
por el Honorable Consejo Directivo, como requisito previo a la obtención del
título de:**

LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

APROBADA:

Dr. Eberth Cedeño Villagomez.
DECANO DE LA F.C.S

Lcda. Aracelly Romero
SUBDECANA DE F.C.S

Lcda. Sor María Álava
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Lcda. MG. SC. Audelyth Jaramillo G.
DIRECTORA DE TESIS

Lcda. Julia Espinel
MIEMBRO METODOLÓGICO

Dr. Absalón Alvarado
MIEMBRO DOCENTE

AGRADECIMIENTO

El éxito alcanzado con honradez y esfuerzo al culminar la etapa de nuestra vida estudiantil expresamos nuestros profundos y sinceros agradecimientos a:

Dios ser supremo quien sobre todas las cosas nos dio paciencia y siempre nos guió para no permitirnos caer ante los tropiezos que encontramos en nuestra carrera.

A nuestros padres y familiares por apoyarnos incondicionalmente e incentivarnos a continuar nuestra lucha en los momentos más difíciles.

A la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería por la valiosa oportunidad de alcanzar una formación profesional.

Al Tribunal de Tesis que hicieron posible la culminación de nuestro trabajo.

De manera especial dejamos constancia del reconocimiento y gratitud a la Lic. MG. SC. Audelyth Jaramillo González quien por su participación con el alto sentido profesional y con sus sabios conocimientos y experiencias nos supo guiar para culminar el desarrollo de este trabajo.

A los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo como: Guillermina Loor de Moreno, Cristo Rey, Vicente de la Cruz, Damas Protectoras de la

Ancianidad que colaboraron abiertamente para el desarrollo de nuestra investigación.

A nuestros compañeros de estudio que compartimos momentos amenos y difíciles aunque las circunstancias nos separaban nuestra amistad se fortalecía cada día.

Las autoras

DEDICATORIA

Cada vez que caminamos nos damos cuenta que el paso que damos en nuestra vida es que nosotros mismos sembramos, nadie alcanza la meta con un solo intento ni alcanza altura con un solo vuelo. Una vez que he culminado mi carrera universitaria después de muchos esfuerzos quiero dedicar mi tesis a estos seres tan especiales:

A DIOS por haberme dado el don de la vida y la bendición con aquella luz que guía mi camino y por haberme dado la oportunidad de alcanzar mi profesión deseada.

A MIS PADRES, Nasael y Lida mi máximo orgullo pilar fundamental en mi vida, seres maravillosos e inigualables por la confianza, apoyo, amor y sacrificio.

A MIS HERMANOS por haberme apoyado en esta lucha y darme aliento para seguir adelante.

A MIS SUEGROS por su ayuda incondicional durante la trayectoria de estudio.

A MI ESPOSO Ángel compañero incondicional, ser querido y amado testigo fiel del duro camino que me tocó recorrer, estuviste presente brindándome tu apoyo y comprensión y me alentaste en aquellos momentos difíciles, con tu amor me diste la fuerza y el coraje para llegar a la meta final que hoy comparto contigo.



En especial a mi hija Johamelly mi hermoso tesoro razón de mi vida impulsadora de mis sueños, principal motivo de superación profesional, quien con su inocencia ha sabido comprender los momentos que no podía estar junto a ella.

JOHANNA GARCÍA A.
Aries.

DEDICATORIA

¡Ten fe en ti mismo porque Dios viene en ti!

Por eso creer en nosotros mismos es creer en Dios, creer en tus capacidades y anda sin temer a los obstáculos.

¡Puedes vencer!

Por esta razón dedico este triunfo a:

DIOS por entregarme la capacidad que dispongo para que las trabajara y las ponga en actividad.

A MIS PADRES Wilson y María por su amor y confianza y ayudarme a vencer los obstáculos que se presentaron durante la carrera, este triunfo dedico a ellos.

A MI ESPOSO Danny ser amado, compañero, amigo incondicional quien me brindó su apoyo y comprensión y me alentaste en los momentos difíciles para conseguir esta meta y hoy compartirla contigo.

A MIS HERMANOS Bélgica, Yors, Jubilan y mis queridos sobrinos que fueron mi apoyo e incentivo para mi formación profesional, en especial a mis abuelitos y tíos, en especial a la familia Molina Alvarado por el apoyo brindado.

MARÍA DE LOS ÁNGELES Z.

ÍNDICE

CONTENIDO	PAG.
CAPÍTULO I	
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1-2
JUSTIFICACIÓN	3-4
CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA	5-6
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	8
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	9-39
CAPÍTULO III	
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40-46
DISEÑO METODOLÓGICO	47-49
CAPÍTULO IV	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	50-81
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES	82-83
RECOMENDACIONES	84
CRONOGRAMA DE TESIS	85
BIBLIOGRAFÍA	86-87
SUMMARY	88-89
CAPÍTULO VI	
ANEXOS	

GUÍA DE OBSERVACIÓN

ENCUESTA

PROYECTO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

	PAG.
CUADRO Y GRÁFICO N° 1	50-51
CONOCIMIENTOS SOBRE LEYES DE PROTECCIÓN DEL ANCIANO EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.	
CUADRO Y GRÁFICO N° 2	52-53
CARACTERÍSTICAS DEL TRATO FÍSICO Y FAMILIAR DE LOS ANCIANOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.	
CUADRO Y GRÁFICO N° 3	54-55
INSTITUCIONES QUE BRINDAN APOYO A LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.	
CUADRO Y GRÁFICO N° 4	56-57
EDAD DE LOS ANCIANOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.	
CUADRO Y GRÁFICO N° 5	58-59
SEXO DE LOS ANCIANOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.	
CUADRO Y GRÁFICO N° 6	60-61
MORBILIDAD QUE PADECEN LOS ANCIANOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.	

CUADRO Y GRÁFICO N° 7 62-63

ECONOMÍA QUE TIENEN LOS GERIÁTRICOS QUE ASISTEN A LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.

CUADRO Y GRÁFICO N° 8 64-65

CARACTERÍSTICAS DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.

CUADRO Y GRÁFICO N° 9 66-67

ESTRUCTURA ORGÁNICA Y FUNCIONAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.

CUADRO Y GRÁFICO N° 10 68-69

ALIMENTACIÓN QUE BRINDAN A LOS GERIÁTRICOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.

CUADRO Y GRÁFICO N° 11 70-71

RELACIÓN DE RECURSOS HUMANOS POR ANCIANOS ATENDIDOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.

CUADRO Y GRÁFICO N° 12 72-73

TIPOS DE ATENCIÓN DE SALUD QUE OFERTAN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.

CUADRO Y GRÁFICO N° 13 74-75

CONTROLES DE SALUD Y TIEMPO DE ESPERA QUE TUVIERON LOS ANCIANOS QUE ACUDEN A LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.

CUADRO Y GRÁFICO N° 14 76-77

RECURSOS DISPONIBLES EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.

CUADRO N° 15 78-79

INSATISFACCIÓN DE LOS ANCIANOS QUE SE ENCUENTRAN EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.

CUADRO Y GRÁFICO N° 16 80-81

SATISFACCIÓN SOCIAL QUE RECIBEN LOS ANCIANOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO. OCTUBRE 2004/MARZO 2005.

CAPÍTULO I

RESUMEN

El presente estudio es una investigación de tipo descriptivo mediante la cual se estudiaron las variables planteadas para conocer cual es la calidad de atención que reciben los geriátricos en los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo según el MODELO DOPRI.

El universo lo constituyen los geriátricos que acuden a los centros asistenciales, siendo la muestra 98 ancianos en los diferentes centros:

* Asilo Guillermina Loor de Moreno	23 ancianos
* Asociación de Damas Protectoras de la Ancianidad	22 ancianos
* Fundación Cristo Rey	44 ancianos
* Albergue Vicente de la Cruz	9 ancianos

El objetivo general fue establecer la calidad de atención que reciben los geriátricos en los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo durante el período octubre 2004-marzo 2005, para lograrlo se adaptó los métodos de encuesta y guía de observación.

Para evaluar la demanda se consideran las características generales de la población. La oferta fue medida a través del personal disponible por anciano. El proceso fue evaluado mediante la calidad de atención al anciano observándose que era deficiente.

El resultado se lo evaluó en base al número de atenciones recibidas al mes y los recursos disponibles.

El impacto se lo evaluó mediante una encuesta aplicada a los geriátricos llamando la atención que existe un porcentaje alto de insatisfacción en los diferentes centros.

El cronograma de actividades tuvo modificaciones y se deja testimonio de la bibliografía consultada, el estudio permitió precisar la calidad de atención que se brindan a los geriátricos como INADECUADA.

INTRODUCCIÓN

El adulto mayor es un ser que ha llegado al término del proceso evolutivo lo que crea desesperanza y la sensación de no ser útil, a esto se suma el hecho de que en la mayoría de los casos deben vivir en situaciones de dependencia en un medio impuesto, en el hogar de los hijos, asilo entre otros.

El adulto mayor se lo debe considerar como una persona provechosa, dinámica, valiosa, productiva y que puede aportar a la sociedad. El hombre desde el momento mismo de su formación está involucrado en un proceso evolutivo y transformador que lo lleva a pasar por una serie de etapas o fases modificatorias hasta llegar a la vejez y finalmente a la muerte.

La ancianidad es un problema social latente al que tiene que enfrentarse diariamente quienes alcanzan esta etapa vivencial y es así que cuando las personas llegan a la vejez con frecuencia empiezan a perder parte de su capacidad activa debido a la disminución de sus características biológicas, su capacidad motriz y reflejos que se encargan de reducir su potencialidad, habilidades y destrezas.

La calidad de atención en los centros gerontológicos debe evidenciar el servicio que oferta ya que va dirigido al ser humano el mismo que tiene derecho a la salud y para que este sea práctico y viable es necesario una buena organización de recursos económicos, distribuidos equitativamente al igual que un personal vocacionado y preparado con el fin de dar una buena asistencia y contribuir a su estado de salud y a la vez permitirle vivir y morir con dignidad.

En el contexto meso vale la pena resaltar que la provincia de Manabí ocupa un espacio geográfico considerado e importante dentro del país, por lo cual no está exenta de las previsiones demográficas en lo referente al crecimiento poblacional de las personas mayores de 65 años de que acuerdo al Censo de Agosto del año 2002 señala que el total de esta población es de 80.608 ancianos con el 6.8% distribuidos de la siguiente manera para el área rural 40.903 con el 7.2% y la urbana con 39.705 que corresponde al 6.5%.

Es importante señalar que el nivel de vida de los ancianos día a día se va deteriorando por factores sociales, económicos, políticos estatales y afectivos familiares y sumado a esto por la austeridad del gasto de los centros que también a repercutido negativamente en la atención de estas personas que son dependientes y requieren cuidados integrales.

El presente estudio es de tipo descriptivo que se lo realiza en los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo con el objetivo de establecer la calidad de atención que reciben los geriátricos en los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo. La población de objeto de estudio está conformada por 269 ancianos en los cuatro centros asistenciales, la muestra es del 30% equivalente a 98 ancianos; los instrumentos utilizados son una encuesta y una guía de observación que se utiliza para valorar la atención que reciben los ancianos.

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se lo realiza con la finalidad de conocer cuál es la atención que reciben los geriátricos en los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo, este tema es de gran significado social ya que los problemas que experimentan las personas ancianas hacen referencia al aislamiento social, la pobreza a las malas condiciones de salud, la situación de dependencia y a la necesidad de cuidados continuos.

Es de suma importancia para la sociedad y para todo el personal de salud de saber los conocimientos que tienen los ancianos con respecto a su protección, recalcando la relación entre las leyes gubernamentales y la realidad actual que dejan mucho que desear, los ancianos al estar desamparados, al tener una mala nutrición y al no haber recibido la atención que se merece se refleja en la calles donde se observan a nuestros ancianos en las peores condiciones sociales.

En la provincia de Manabí de acuerdo al censo poblacional de Noviembre de 1990 la población de las personas mayores de 65 años señala un total de 42.299 ancianos con el 4.1%, después de 10 años en el censo de Agosto de 2001 la población anciana aumentó a 80.608 con el 6.8% lo que quiere decir que se incremento en un 2.7%.

Se cuenta con apoyo bibliográfico, dependencias donde se realiza el estudio la que nos servirá para la ejecución de la investigación en la medida posible, pretende dejar aportes significativos para mejorar y concientizar a las personas que tienen que

brindar el cuidado en esta etapa natural y fisiológica de todo ser humano, dando énfasis en la calidad y calidez que fundamenta las acciones médicas y de enfermería en el servicio del ser humano de este caso del usuario geriátrico.

Para las instituciones dar datos que contribuyan para su mayor organización y al mejoramiento de la calidad de atención, al finalizar el trabajo investigativo para las investigadoras los resultados obtenidos servirá para elaborar un proyecto de intervención de enfermería dirigido a los ancianos que son atendidos en los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo.

CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

Los centros de asistencia geriátrica de la ciudad de Portoviejo acogen en su independencia al anciano para brindarle cuidados, protección, alimentación, entre otros. Países en vías de desarrollo como el Ecuador cuenta actualmente con aproximadamente 813.629 ancianos entre indigentes y/o semiprottegidos por el insuficiente sistema de seguro social. La tendencia acelerada de la población ecuatoriana alcanzará en el 2050 a un millón doscientos mil personas mayores de 65 años de edad incluso como secuencia de este fenómeno se suma la esperanza de vida que será de 75 años de edad.

Desde esta perspectiva gerontológico y social la ciudad de Portoviejo no está excluida dada la extrema pobreza de familiares que no pueden permitirse gastos excesivos que impliquen atender con dignidad el cuidado del anciano, esta crisis de la familia da como resultado problemas de varios ordenes en el anciano que ameriten ser atendidos existiendo un centro geriátrico gubernamental y tres no gubernamentales.

Otros aspectos que se han descuidado son la aplicación a la ley del anciano vigente al igual que las políticas de protección social, esta falta de atención geriátrica conlleva a consecuencias negativas como es el aumento d la mortalidad, aumento de la dependencia y el sufrimiento con descenso de la calidad de vida.

Los centros asistenciales se encuentran distribuidos en el sector urbano la fundación de Damas Protectoras de la Ancianidad, Asilo Guillermina Loor de

Moreno, Fundación Cristo Rey y en el urbano marginal el albergue Vicente de la Cruz, que se basan en objetivo similar cuyo fin es de brindar apoyo al anciano, es una problemática de tipo social, es por esa razón la de conocer la calidad de atención que reciben los geriátricos en los centros asistenciales que acuden.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

**¿CONOCER CUÁL ES LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE RECIBEN
LOS GERIÁTRICOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA
CIUDAD DE PORTOVIEJO OCTUBRE 2004 – MARZO 2005?**

OBJETIVOS

GENERAL

- * Establecer la calidad de atención que reciben los geriátricos en los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo.

ESPECÍFICOS

- * Analizar la calidad de atención en los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo mediante el modelo de DOPRI.
- * Identificar las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que brindan apoyo a los centros asistenciales de ayuda a los geriátricos.
- * Identificar el grado de conocimientos que tienen los geriátricos sobre el derecho social que les brinda el estado ecuatoriano.
- * Elaborar un proyecto de intervención de enfermería dirigido a los geriátricos que son atendidos en los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

GERIATRÍA CONCEPTOS GENRALES

Geriatría.- Especialidad médica que se ocupa de las enfermedades de los ancianos y de su tratamiento.

Gerontología.- Ciencia que se ocupa de las personas mayores y en especial de los aspectos sociales y de conducta del envejecimiento.

Envejecimiento.- Conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en el organismo con el paso del tiempo, y que finalmente conducen a la muerte

Asistencia Geriátrica.- Se la define como el conjunto de niveles asistenciales, hospitalarios y extrahospitalarios, sanitarios y sociales que deben dar una respuesta escalonada en las diferentes situaciones de enfermedad o necesidad que plantean los ancianos de una determinada área de salud.

Demografía.- El envejecimiento poblacional actual provoca una demanda de servicios geriátricos a nivel mundial nunca visto antes. Los países que disponen de servicios de salud públicos y atención social cuentan con más de 15 personas mayores de 65 años cada cien habitantes. En cada generación el número de personas mayores de 80 años aumenta casi el doble que el resto de la población de 65 años. Se estima que para el año 2020 este grupo de población alcanzará la cifra de 58 millones de personas en los países desarrollados. Las Comunidades Autónomas en las que se registra mayor número de envejecimientos son todas las del Norte y Centro de España. Las zonas interiores rurales tienen a su vez los porcentajes más altos de

envejecimiento, superando en algunas comarcas el 20% las personas mayores de 65 años.

Estadísticas: éstas son algunas de las estadísticas más importantes:

- 1) El envejecimiento afecta muy especialmente a los órganos del sentido: según recientes investigaciones se ha comprobado que el 35% de las personas centenarias son sordas y el 20% de los octogenarios sufren sordera social y problemas visuales de tal magnitud que impiden la lectura. El mayor porcentaje de individuos ciegos en los países desarrollados son ancianos.
- 2) Las causas de mortalidad entre los 65 y 74 años son en orden de mayor a menor frecuencia Afecciones Cardíacas, cáncer, procesos cerebro vascular y enfermedades respiratorias (neumonías y embolias pulmonares). Después de los 75 años los accidentes cerebros vasculares sobrepasan en frecuencia al cáncer.
- 3) Casi un tercio de las personas con más de 65 años son hipertensas y también casi la mitad de las que tienen más de 80 años., lo cual aumenta en ellas el riesgo de Cardiopatía Isquemia, insuficiencia cardiaca y accidentes cerebro vasculares.
- 4) La Insuficiencia Cardíaca aumenta en proporción lineal con la edad: es del 3% entre las personas de 45 y 65 años, del 6% entre las personas de 65 y 75 años y del 10% entre las personas mayores de 75 años.
- 5) La Isquemia Coronaria también se incrementa con la edad: es del 9% entre las personas de 45 y 60 años y del 20% entre las personas de 65 y 75 años, siendo siempre las cifras más bajas en mujeres que en varones.
- 6) Las arteriopatías de los miembros inferiores aumenta con la edad, especialmente también entre los varones.

- 7) La Osteoporosis y las fracturas relacionadas con ella, constituyen uno de los grandes problemas para la comunidad geriátrica, debido a su alto coste económico y social.
- 8) El 10% de los ancianos mayores de 80 años padecen diabetes de tipo II.
- 9) Los trastornos neurológicos son muy frecuentes en los ancianos y van desde el temblor hasta las discinesias, entre los que se pueden destacar la enfermedad de Parkinson y otros síndromes extrapiramidales, que en numerosas ocasiones están originadas por la toma de psicofármacos.

SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD

Se considera la garantía de calidad en salud como un proceso técnico, científico, administrativo y financiero que busca asegurar una adecuada prestación de servicios de salud con un alto grado de utilización de los mismos por parte de los usuarios del sistema y con un excelente nivel de atención y clara percepción por parte de los proveedores de la calidad del servicio que ofrece.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud plantean que “la Calidad en Salud con lleva un compromiso inter-institucional que relaciona tres entes: el estado, los proveedores y los usuarios de los servicios. Los colaboradores han desarrollado un modelo denominado **DOPRI** el cual sirve para evaluar la calidad en materia de salud, está constituida por seis contextos: demanda, oferta o estructura, proceso, resultado o producto e impacto o efecto, cada uno de los componentes incorporan variables, subvariables, indicadores y rejillas de

evaluación que permitan la evaluación de los organismos de salud permitiendo identificar las fallas o vacíos en la prestación de los servicios de salud.

COMPONENTES

Bajo esta concepción se definen los seis componentes así:

Contexto.- Incluye fenómenos, circunstancias y elementos que contribuyen el entorno o ambiente del Sistema de Salud. Incorpora las políticas internacionales, gubernamentales, sectoriales e institucionales de cada entidad en particular.

Demanda.- Se analizan las características de los usuarios de los servicios relacionados con la edad, sexo, procedencia, nivel socioeconómico, ocupación, motivo de la consulta.

Oferta o estructura.- Estudia la organización y funcionamiento de las instituciones de salud así como los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros.

Proceso.- Identifica la evaluación y monitoreo permitiendo el ajuste periódico de los programas de salud establecidos.

Resultado o Producto.- Evalúa cuantitativamente las actividades realizadas en períodos de un año.

Impacto o efecto.- Evalúa aspectos tales como: cambios de riesgo de enfermar y morir, calidad de atención médica, cambios de actitud de los usuarios hacia los servicios.

CALIDAD DE ATENCIÓN

Definición.- Son cualidades con las que cuenta un producto y/o servicio para ser de utilidad y satisfacer las necesidades y expectativas de sus usuarios.

CALIDAD DE ATENCIÓN DEL ANCIANO

Para América Latina el grupo de los adultos mayores o ancianos experimentan notables incrementos absolutos y relativos de 1980 a los años 2000 y 2025, 23,3 42,5 96,9 millones y 6,5 7,9 y 12,8% respectivamente, estos aumentos organizarán crecientes demandas de servicios médicos y sociales. El objetivo básico del cuidado integral es mantenerlos en su capacidad funcional e independencia en el seno de la familia y la comunidad.

El envejecimiento de la población tiene una particular significación para el sector salud ya que los ancianos son menos saludables que los miembros jóvenes de la sociedad y por ello tienden a necesitar más los servicios de salud. En la planificación de los servicios las personas de edad deben ser consideradas como un grupo específico aún cuando muchos de estos servicios pueden y deben ser proporcionados como parte de programas de más amplio alcance.

La organización de servicios para los ancianos se fundamenta en el principio básico que guía la conceptualización del llamado continuo de servicio, las diferentes en necesidades se traducen en demandas de servicios específicos que se acostumbran clasificar en:

- a) Servicios para los ancianos relativamente sanos
- b) Servicios que brinden alternativamente para prevenir la internación a largo plazo del anciano.
- c) Servicios para aquellos cuyas necesidades pueden requerir internación a largo plazo o permanente.

De los servicios sociales se destacan: los subsidios económicos, ayuda domiciliaria, comedores, hospedajes o dormitorios, comedores, familiares, sustitutas, hogares, asilos o residencias, protección en las viviendas, centros de atención diurna o centros de día y agrupaciones. En los servicios de salud debe disponer de una red de atención médica y odontológica por niveles de complejidad que incluya: Atención Primaria de Salud, Atención Geriátrica Ambulatoria, Atención en el hogar y Atención ambulatoria.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS ANCIANOS

Se define el control de la calidad como la actividad que asegura al consumidor un cierto grado de intervención a través de una continuada medición y evaluación de los componentes de las estructuras y/o resultados para ello es necesario establecer unos criterios y normas que puedan ser realizadas en las actividades.

Es posible distinguir cuatro aspectos relacionados con la calidad de la atención al anciano:

- 1) El sistema de salud
- 2) La atención profesional y técnica

- 3) Las relaciones interpersonales entre el equipo profesional y el anciano
- 4) El costo de la atención

1. **El sistema de salud** toma en consideración los cuatro componentes principales que intervienen en el proceso de provisión de servicios de salud.

- a) la sociedad
- b) el servicio
- c) el equipo profesional
- d) la población anciana

2. **Atención profesional y técnica** se determina teniendo en cuenta

- a) el nivel profesional del proveedor de un determinado servicio
- b) si los instrumentos viables empleados en el diagnóstico y el tratamiento del problema se encuentran al alcance del equipo profesional actualizados
- c) si se les aplica de acuerdo con las normas y reglas profesionales vigentes

3. **Las relaciones interpersonales entre el equipo profesional y el anciano**

definen durante la provisión de servicios la actitud del equipo profesional con relación al tratamiento del problema y las características de la interacción entre el equipo y el anciano.

4. **El costo de la atención** es el costo del método empleado respecto a la eficacia del tratamiento o la eficiencia del servicio y su aporte al bienestar del anciano. Se pueden distinguir tres dimensiones en la evaluación de la calidad

de atención brindada al anciano: la dimensión estructural, el proceso de la atención y los resultados de la provisión de servicios.

El instituto de medicina define a la calidad de atención como el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y población aumentan la probabilidad en los resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional.

MÉTODOS DE LOS TRAZADORES PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

El método de los trazadores fue aplicado por primera vez en 1973 en EEUU para evaluar la calidad de la atención pediátrica ambulatoria combinando indicadores de proceso y de impacto, en la última década el método ha sido desarrollado y utilizado en el área gerontológico por el instituto Brookdale de Gerontología y Desarrollo humano; el método se usó para evaluar la atención brindada en el área médica, de enfermería y de servicio social, en servicios comunitarios y además fue experimentado a fin de evaluar la calidad de la atención en instituciones para ancianos semi-independientes y dependientes.

Qué es un trazador.- Un trazador es una condición, problema o enfermedad identificable fácil de diagnosticar, relevante y de alta prevalencia en la población examinada que está relacionada con la capacidad funcional y el bienestar del anciano.

Para utilizar un problema como trazador de calidad de la atención a los ancianos debe cumplir con requisitos:

- a) deben existir procedimientos claros para el tratamiento del problema.
- b) una vez aplicada el tratamiento adecuado este debe contribuir positivamente a mejorar la condición del anciano.
- c) deben existir normas sobre procedimientos establecidos para uno de los problemas implícitos en la atención de la condición, presencia, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

El paciente en fase terminal de la enfermedad es aquel que presenta una enfermedad incurable, inevitable y progresiva que en un determinado tiempo lo conducirá a la muerte, en el área emocional este es el período en el cual el paciente entra en contacto con su propia mortalidad como algo real concreto e inevitable y no como algo hipotético eventual como nos relacionamos la mayoría de las personas con la muerte.

CALIDAD DE VIDA

La ONU afirma que Calidad de Vida es una medida compuesta de bienestar física mental y social de felicidad, satisfacción y recompensa tal como la percibe cada individuo y cada grupo hay que tener en cuenta que lo universal es la vida humana pero lo particular es la vida propia de cada individuo y las condiciones en que este se desarrolla. El respecto de la vida humana comienza por la puesta en claro de las condiciones específicas gracias a las cuales se establecen espacios reales que

contribuyan positivamente a que la vida de los seres humanos se haga posible y cada vez con mayor dignidad, estas condiciones específicas y externas que respetan en dignidad contribuyen la calidad de vida la cual cobra sentido en y desde los hechos y elementos cotidianos.

La calidad de vida significa la calidad de la existencia de los seres humanos concretos y reales y en las condiciones específicas en las que existen.

PREVENCIÓN EN GERIATRÍA

- La edad por si misma no debe ser excluyente. Se puede efectuar prevención primaria (vacunas, presión arterial, ejercicio, medio ambiente, obesidad), secundaria (pesquisa y detección de riesgo p. Ej.: PAP, hipotiroidismo, depresión, sensorial) y terciaria (evitar complicaciones tardías, énfasis en lo funcional)
- Aspectos nutricionales: sino toma sol darle vitamina D, multivitaminas a los muy ancianos y/o con mala ingesta oral.
- El tabaco se debe discontinuar y la ingesta de alcohol se debe reducir.
- Siempre revisar los fármacos que se toman para reducir dosis o discontinuar lo que corresponda.
- Tratar la hipertensión sistólica y diastólica, ya que reduce los riesgos de accidentes vasculares y muertes cardiovasculares; siempre con dosis mínimas y no brusco; se discute beneficio en los mayores de 85 años.
- Pesquisar presencia de glaucoma, alteraciones visuales y auditivas corregibles.
- Observar estado y funcionamiento de la dentadura y lesiones bucales.

- Vacunas: influenza, neumococo, tétano
- El riesgo/ beneficio de aspirina a dosis bajas y terapia estrogénica de reemplazo no está dilucidado completamente y se debe considerar individualmente.
- Incrementar el ejercicio ya que beneficia aspectos cardiovasculares, hipertensión arterial, metabolismo glucosa, densidad ósea, capacidad muscular y funcional, mejora el ánimo y contactos sociales, reduce el insomnio, constipación y riesgo de caídas.
- Implementar medidas que prevengan las caídas en la casa (ropa adecuada, escalas, iluminación, etc.).
- Siempre tomar una completa historia médica que incluya los problemas escondidos y pesquisar a los en riesgo para implementar las medidas pertinentes.
- Los con mayor riesgo son los que viven solos, presenten alteraciones cognitivas y/o sensoriales, tomen más de tres fármacos, estén limitados en las actividades de la vida diaria.

NUTRICIÓN EN LA TERCERA EDAD

En las personas de edad avanzada la alimentación se convierte en un problema complejo. Aunque muchas personas llegan a la vejez sin muchos problemas, otras sufren de trastornos que obligan a modificar sus hábitos de alimentación. La pérdida de los dientes, menos producción de saliva y ácidos gástricos, disminución del sentido del gusto y el olfato, enfermedades como diabetes, problemas cardiacos, reumatismo, Mal de Parkinson, Mal de Alzheimer, más las posibles alteraciones en el metabolismo producidas por medicamentos afectan sensiblemente la nutrición.

A estos factores físicos deben sumarse problemas como una menor capacidad de hacer las compras y disminución de los ingresos económicos. Por si esto fuera poco, el anciano es susceptible a la depresión, que se puede agudizar por una reducción de sus actividades sociales.

Cada caso es único, y debe ser tratado con la ayuda de médicos y profesionales de la nutrición. Sin embargo ofrecemos varios consejos generales:

El problema que se presenta con mayor frecuencia es la pérdida de los dientes y la disminución de la salivación. Por esto los alimentos deben ser preparados para ser fácilmente masticables. Se pueden triturar y desmenuzar. Los vegetales se pueden cocinar en trozos pequeños e incluso preparar en zumos y compotas. Las cremas y sopas son una excelente opción. También es conveniente consumir al menor un litro diario de zumos y agua pura.

La comida se puede hornear, preparar a la plancha o hervir en agua. Se debe evitar en lo posible el freírlos, pues el exceso de grasa produce la sensación de hastío y por lo tanto se disminuye la ingestión de los alimentos. Para hacer más fácil la masticación y la deglución se pueden preparar purés de varios alimentos juntos.

Es de mucha importancia añadir fibra a la dieta del anciano, como la que proporcionan los cereales integrales. En esta época de la vida se pueden presentar varios problemas óseos, por lo que se requiere un suministro de calcio; esto se puede lograr con la leche y sus derivados, como el queso y el yogurt. (Algunas personas pueden presentar problemas para la digestión de productos lácteos.) Para metabolizar

adecuadamente el calcio se recomienda la luz solar, con la que el cuerpo produce vitamina D.

No es necesario eliminar la carne, al contrario, es importante por el aporte de proteínas. Se requieren también grasas poliinsaturadas, que se pueden encontrar en aceites vegetales, como el aceite de oliva, y en pescados. En términos generales, un anciano requiere entre 1900 y 2100 calorías por día, además de proteínas, vitaminas y carbohidratos. Por otra parte, se debe disminuir la cantidad de sal que se consume cada día a menos de dos gramos; también se recomienda reducir la cantidad de azúcar.

En cuanto a la cantidad, por la disminución de la capacidad digestiva es recomendable reducir el tamaño de cada comida, pero aumentando las veces al día en que se come. Para ayudar al apetito la comida debe estar bien preparada y presentada.

El estado de ánimo influye directamente en la alimentación. Para esto el mejor consejo que podemos dar es tratar a los ancianos con cariño y respeto, dándoles nuestro aprecio y compañía, y ayudándolos a que disfruten su vida.

ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS ANCIANOS

El ejercicio físico constituye una necesidad biológica para los ancianos con disminución de la movilidad, aparición de fatiga ante el esfuerzo, aumento de peso y sedentarismo.

Shephard y Montelpare, 1988. Han clasificado los beneficios del ejercicio físico como sigue:

1. Disminución del riesgo cardiovascular. La masa corporal y la grasa disminuyen, reduce la presión arterial, lo que facilita la actividad cardiaca para el ejercicio.
2. Mejora la fuerza, la sincronización muscular y disminuye la sensación de fatiga.
3. Se incrementa la capacidad funcional. La participación en programas físicos aumenta la capacidad aeróbica de los ancianos sedentarios hasta el 20%, equivalente a un regreso funcional de más de 10 años.
4. El ejercicio mejora la digestión-nutrición, dado que los ancianos suelen presentar deterioro de los nutrientes esenciales como calcio y proteínas, lo que puede compensarse con una actividad física reglada y constante, que también disminuye el estreñimiento.
5. Se mejora la función cerebral y el sueño. El ejercicio parece incrementar la perfusión cerebral aún cuando sea por corto tiempo. Asimismo el ejercicio en grupo facilita las relaciones sociales y esta autoestima. Todo lo anterior lleva a mejorar la calidad del sueño.
6. El ejercicio físico también parece tener una acción estimuladora de las funciones inmunitarias y defensivas. Existen evidencias de que éste disminuye las probabilidades de padecer cáncer de colon y pulmón.

CARACTERISTICA DE LOS EJERCICIOS FISICOS

Cualquier actividad física programada para los ancianos debe tener en cuenta lo siguiente:

1. Seguridad. Hay que vigilar muy especialmente la respuesta cardíaca al esfuerzo. El anciano debe ser advertido de la aparición de signos de alarma con el ejercicio.
2. Para prevenir y/o evitar complicaciones, se debe:
 - a. Fortalecer los músculos de las articulaciones débiles.
 - b. Movilizar las articulaciones limitadas antes de practicar ejercicios más intensos.
 - c. Evitar ejercicios sobre superficies duras.
 - d. Caminar es mejor que correr (el impacto sobre las rodillas al andar es una tercera parte del producido al correr).
 - e. Evitar cambios de temperaturas extremas.
 - f. Cuidar y vigilar los ejercicios que pueden originar hipotensión.
3. Estimulación de la confianza en sí mismo, mediante el ejercicio, buscando las motivaciones necesarias para que la actividad física no se transforme en una obligación aburrida.

Dado que el margen entre la efectividad y el riesgo de los ejercicios es pequeño, conviene fragmentar éstos en períodos cortos, intercalando momentos de actividad fuerte y descansos. Igualmente es conveniente preparar los ejercicios en diversos niveles y adecuarlos a los distintos pacientes y fases.

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS DE EDAD

- Para los fines del presente documento, se ha adoptado la definición de las Naciones Unidas según la cual son personas de edad las que tienen 65 años o más.
- Considerando que en la Declaración Universal de Derechos Humanos se declara que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.
- Considerando que en el Plan de Acción internacional sobre el Envejecimiento, aprobado por las Naciones Unidas, se reconoce que el problema del envejecimiento hoy en día no es sólo proporcionar protección y cuidados sino también asegurar la intervención y la participación de las personas de edad.
- Considerando que en todas las naciones ha aumentado en forma sin precedentes en la historia de la humanidad el número de individuos que vive hasta edades avanzadas.
- Considerando que las funciones, las políticas y los programas apropiados para las personas de edad no se han mantenido a la par del aumento de su número y de su contribución potencial a la sociedad; y
- Considerando que debido a la marginación y a las incapacidades físicas y mentales que la vejez puede acarrear, las personas de edad corren peligro de perder sus derechos y de verse rechazadas por la sociedad a menos que esos derechos se determinen con claridad y que de igual modo se afirmen las responsabilidades que incumben a los miembros de más edad respecto de la comunidad en que viven.

Se Declara que los derechos que deben asegurarse a las personas de edad y las responsabilidades que éstas reconocen con objeto de ocupar el lugar que les corresponde en la sociedad y continuar aportando sus contribuciones a ella, son los siguientes:

SUGERENCIAS RESPECTO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS DE EDAD.

A. PRINCIPIOS GENERALES

Las personas de edad tienen derecho:

Principio 1

A vivir con dignidad y en condiciones de seguridad y a no ser objeto de explotación y maltrato físico o mental;

Principio 2

A que se reconozca su individualidad y el hecho de que pertenecen a grupos étnicos, raciales, religiosos o socioeconómicos determinados;

Principio 3

A ser tratadas en condiciones de igualdad, sin discriminación por motivos de sexo;

Principio 4

A la libre determinación. Es especialmente importante el derecho de las personas de edad a “participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas, incluidas las que les afectan especialmente”,

Principio 5

A recibir apoyo y cuidados de su familia en la medida en que ello sea compatible con los mejores intereses y deseos de la familia y de cada uno de sus miembros.

B. SEGURIDAD ECONÓMICA Y TRABAJO

Las personas de edad tienen derecho:

Principio 6

A disponer de los medios para satisfacer las necesidades físicas básicas de vivienda, alimento, agua, vestimenta y atención de la salud. Esas necesidades básicas se pueden satisfacer mediante una combinación apropiada de suministro de ingreso mínimos, apoyo de la familia y la comunidad y medidas de autoayuda;

Principio 7

Aprovechar las oportunidades de empleo y de ascenso con salario que guarden proporción con su experiencia, y a utilizar programas y servicios de capacitación y otras oportunidades de generación de ingresos, tales como el empleo por cuenta propia y la participación en cooperativas, sin barreras por motivos de edad;

Principio 8

A seguir trabajando mientras estén en condiciones de hacerlo, sin coacción alguna para que se jubilen, y a determinar la forma en que han de retirarse de la fuerza de trabajo dentro de parámetros de edad razonables.

C. VIVIENDA Y TRANSPORTE

Las personas de edad tienen derecho:

Principio 9

A una gama de “viviendas” adecuadas, seguras, a su alcance y adaptables “de varios tipos que tengan en cuenta las diferentes categorías de estado civil y el grado de autonomía” de dichas personas y “en lugares que les sean familiares”.

Principio 10

A “medios de transporte adecuados” para “facilitar la movilidad y la comunicación”.

D. SERVICIOS DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

Las personas de edad tienen derecho:

Principio 11

A disponer de servicios de atención sanitaria accesibles, adecuados y que estén a su alcance, concebidos para ayudar a esas personas a mantener o recuperar su máximo nivel de bienestar físico, mental y emocional y prevenir las enfermedades;

Principio 12

A proceder con autonomía personal en la adopción de decisiones en materia de atención sanitaria, incluido el derecho a morir con dignidad y a dar su asentimiento a los tratamientos destinados a prolongar la vida, o a rechazarlos;

Principio 13

A disponer de servicios sociales accesibles y que estén a su alcance, establecidos para aumentar su capacidad de independencia y que, sin embargo, ofrezcan protección y cuidados en caso necesario;

Principio 14

A disponer de formas apropiadas de atención en instituciones, según sea necesario para proporcionarles protección, servicios de rehabilitación y estimulación social y mental en un ambiente humano y seguro;

Principio 15

A conservar sus derechos humanos y civiles básicos cuando residan en instituciones destinadas a suministrarles alojamiento, cuidados y tratamiento, y a gozar “del pleno respeto a su dignidad, sus creencias, sus necesidades, sus intereses y su privacidad” y a participar en las decisiones relacionadas con su atención y con la calidad de su vida;

Principio 16

A recibir servicios médicos, sociales, educacionales, de asesoramiento y de otro tipo, prestados por personal especialmente capacitado en lo que respecta a las necesidades de las personas de edad y sensible a tales necesidades;

Principio 17

A tener a su disposición “amplia información sobre todos los aspectos de su vida, en forma clara y comprensible”.

E. DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO

Las personas de edad tienen derecho:

Principio 18

A tener oportunidades permanentes de desarrollar plenamente su personalidad;

Principio 19

A tener igualdad de acceso a oportunidades educacionales que permitan la planificación y la adopción de decisiones con conocimiento de causa, que aumenten la satisfacción personal, que faciliten el empleo continuado y que permitan compartir los conocimientos y las experiencias de la vida;

Principio 20

A tener pleno acceso a los recursos culturales, espirituales, recreativos y de esparcimiento de la sociedad;

Principio 21

A seguir aportando su contribución como miembros de la comunidad de acuerdo con su capacidad y sus deseos, y a prestar servicios en la comunidad como voluntarias en puestos apropiados a sus intereses y sus capacidades.

SUGERENCIAS RESPECTO DE LAS RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS DE EDAD

De conformidad con los valores personales y mientras la salud y las circunstancias personales lo permitan, las personas de edad tienen la responsabilidad de:

Principio 1

Permanecer activas, alertas, capaces, confiadas en el esfuerzo propio y útiles;

Principio 2

Aprender y aplicar principios sanos de salud física y mental a su propia vida;

Principio 3

Hacer planes y prepararse para la vejez y la jubilación y aprovechar la enseñanza encaminada a la alfabetización;

Principio 4

Adaptarse a los cambios que con el tiempo puedan ocurrir en las relaciones familiares;

Principio 5

Actualizar sus conocimientos y su adiestramiento, si fuera necesario, para aumentar sus posibilidades de obtener empleo si desean participar en la fuerza de trabajo;

Principio 6

Poner a disposición de los demás, en particular de las generaciones más jóvenes sus conocimientos, aptitudes y valores espirituales;

Principio 7

Participar lo más plenamente posible en la vida cívica de su sociedad;

Principio 8

Buscar y desarrollar posibilidades de prestar servicios a los menos afortunados;

Principio 9

Dar a conocer a su médico y sus seres queridos su voluntad respecto de los cuidados que quieren que se les dispense en la última fase de una enfermedad incurable.

CONSECUENCIAS EN MATERIA POLÍTICA DE LA DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Los principios que figuran a continuación se relacionan con los principios establecidos en la sección de derechos de la declaración. Las oraciones que aparecen entre comillas son citas del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado por las Naciones Unidas en 1982.

Principio 2

“Las organizaciones oficiales y no oficiales deberán tener en cuenta las necesidades especiales de las personas de edad e incluirlas en sus programas actuales y en sus planes futuros”.

Principio 3

Los gobiernos deberán erradicar todas las formas de discriminación por motivo de sexo que puedan existir en los planes de seguridad social y de protección social. “En los sistemas de seguridad social (los gobiernos deberán procurar) que tanto los hombres como las mujeres adquieran sus propios derechos”. Además deberán velar por que hombres y mujeres reciban igual trato en el lugar de trabajo y en la sociedad a fin de que puedan percibir pensiones y beneficios sociales adecuados en la ancianidad.

Los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y todos los interesados tienen la responsabilidad de reconocer las necesidades específicas de los hombres y las mujeres de edad en función de sus diferentes circunstancias culturales, sociales y económicas. Es necesario prestar especial atención a las mujeres, que constituyen la mayoría de las personas de edad en casi todos los países y que, en las etapas más avanzadas de su vida, representan una población particularmente vulnerable debido a los efectos particularmente vulnerable debido a los efectos combinados de la mala salud, la pobreza y el aislamiento social.

“Los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y todos los interesados tienen una responsabilidad especial hacia los ancianos más vulnerables, en particular las personas pobres, muchas de las cuales son mujeres, y las procedentes de zonas rurales”.

“Habida cuenta del mayor número de edad y de la proporción relativamente mayor de viudas que de viudos en todo el mundo, deberá prestarse particular consideración a las necesidades y funciones especiales de este grupo”.

Principio 4

“A fin de facilitar la ayuda mutua de las personas de edad y aumentar su posibilidad de ser oídas, los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deberán estimular la formación y la libre iniciativa de grupos y movimientos de personas de edad.”

Al mismo tiempo, la política pública deberá promover una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad en la que se elimine la discriminación y la segregación involuntaria por motivos de edad y se aliente la solidaridad y el apoyo mutuo entre las generaciones.

Principio 5

Las políticas y los programas públicos deberán ayudar a la familia a cuidar de sus miembros de edad en los casos en que la familia quiera prestar esos cuidados y la persona anciana desee recibirlos. “La familia es la unidad básica reconocida de la sociedad, y se deberán desplegar todos los esfuerzos necesarios para apoyarla, protegerla y fortalecerla de acuerdo con el sistema de valores culturales de cada sociedad y atendiendo las necesidades de sus miembros de edad avanzada.”

La política pública en pro de la familia deberá facilitar una división más equitativa de las responsabilidades de prestación de cuidados entre hombres y mujeres.

Principio 6

“Los gobiernos deberán crear o ampliar sistemas de seguridad social, a fin de que el mayor número de personas de edad pueda beneficiarse de esa protección. De

no ser ello posible deberán buscarse otros medios, como beneficios en especie, ayuda directa a las familias e instituciones cooperativas locales.”

“(Los gobiernos deberán) asegurar que el nivel mínimo de recursos permita satisfacer las necesidades esenciales de las personas de edad y garantizar su independencia. Deberá tratarse de que las prestaciones de la seguridad social mantengan su poder adquisitivo.”

Los gobiernos deberán estudiar los medios “para proteger los ahorros de las personas de edad contra los efectos de la inflamación.”

Los gobiernos deberán “responder a las necesidades específicas, en materia de seguridad del ingreso, de los trabajadores de edad que se encuentren desempleados o que se hallen incapacitados para trabajar”.

Principio 7

“El derecho de los trabajadores al empleo debe basarse en su capacidad para cumplir las labores de que se trate, más bien que en su edad cronológica”. “Los gobiernos deberán eliminar todo tipo de discriminación en el mercado de trabajo y garantizar una auténtica igualdad de trato en la vida profesional.”

Deberán estimularse el trabajo a jornada parcial, los horarios flexibles y la adaptación de los lugares de trabajo con objeto de maximizar el potencial productivo y creativo de las personas de edad. “Los gobiernos deberán eliminar o suavizar las normas jurídicas que impidan el trabajo a jornada parcial.”

La edad no debe ser el factor decisivo para la concesión de crédito o de licencias.

Principio 8

Los sistemas de pensiones públicos y privados deberán incluir requisitos mínimos razonables para la jubilación que “hagan más flexible la edad en que se tiene derecho” a acogerse a ese beneficio. Dichos sistemas también deberán ser flexibles en lo que respecta al retiro gradual de las personas de edad de la fuerza de trabajo.

Los gobiernos y los empleadores privados deberán proporcionar oportunidades, sin coerción alguna, “para que la transición de la vida activa a la jubilación sea fácil y gradual”. “Esas medidas deben incluir cursos de preparación para la jubilación y la disminución del trabajo en los últimos años de la vida profesional, por ejemplo, modificando las condiciones, el ambiente o la organización del trabajo, y fomentando una disminución progresiva del horario de trabajo.”

Principio 9

Deberá proporcionarse una gama de opciones de vivienda para atender las necesidades sumamente diversas de las personas de edad. Deberán incluirse otras posibilidades que faciliten la residencia en común de varias generaciones y que incorporen el acceso a servicios que permitan la vida independiente.

Deberán diseñarse nuevos ambientes para vivir que tengan en cuenta la capacidad funcional de las personas de edad a fin de que puedan seguir viviendo de manera independiente en lugares familiares el mayor tiempo posible.

Las viviendas deberán emplazarse de manera tal que ofrezcan las máximas oportunidades de participación e integración.

Principio 10

Deberán proporcionarse otros medios de transporte para el creciente número de personas que no conducen vehículos y deberá el sistema de carreteras para una población de conductores cada vez más ancianos.

Deberá prestarse creciente atención a la seguridad y a la comodidad de los peatones.

Principio 11

El gobierno tiene la responsabilidad de elaborar un sistema que asegure el acceso razonable y equitativo de todos a los servicios de salud que necesiten. “La finalidad de los esfuerzos en materia de salud (para las personas de edad) debe ser permitirles llevar una vida independiente en el seno de sus propias familias y comunidades durante el mayor tiempo posible...”

“La atención de las personas de edad debe ir más allá del enfoque puramente patológico y debe abarcar la totalidad de su bienestar, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales, espirituales y ambientales.”

Los servicios deberán incluir la promoción de la salud, el tratamiento médico, la rehabilitación y los servicios de salud domiciliarios. “Los cuidados tendientes a compensar las incapacidades, reeducar las funciones restantes, aliviar el dolor, mantener la lucidez, el bienestar y la dignidad de las personas afectadas y que les ayuden a reorientar sus esperanzas y proyectos, sobretodo en las personas de edad, son tan importantes como las tendientes a la curación.”

Se recomienda el desarrollo de los conocimientos geriátricos y psicogeriátricos como especialidad separada o como parte de la capacitación de todos los profesionales de salud.

Deberá promoverse la utilización de cuidados especiales para enfermos incurables que se encuentren en la última fase de su enfermedad; esos cuidados deberán presentarse en instituciones especializadas o en el hogar.

Principio 12

“Deberá estimularse la participación de los ancianos en el desarrollo de la atención sanitaria y en el funcionamiento de los servicios sanitarios.”

Los gobiernos deberán asegurar la validez jurídica de los deseos expresados por las personas de edad en cuanto a la prestación de cuidados para enfermos incurables que se encuentren en la última fase de su enfermedad.

Principio 13

Entre los servicios que podrían abarcarse en un sistema de gran alcance figuran la evaluación de necesidades, la información acerca de los beneficios y el reenvío a otros servicios, el asesoramiento, el tratamiento de casos individuales, la prestación de cuidados y ayuda doméstica, el suministro de comidas, la atención diurna, centro para personas de edad, servicios para acompañar a las personas de edad cuando tienen que salir y para hacerles mandados, servicios de relevo para las personas que tienen familiares ancianos a su cargo, instalaciones de baño, servicios jurídicos y servicios de tutela para velar por sus interés, con sujeción a las salvaguardias adecuadas.

Principio 14

“Se deberá hacer todo lo posible para asegurar que (las personas que viven en instituciones) gocen de una calidad de vida que corresponda a las condiciones que normalmente se dan en su comunidad” con objeto de preservar la autoestima y la dignidad individuales.

Deberá proporcionarse el nivel apropiado de atención a fin de maximizar el funcionamiento independiente para evitar la dependencia innecesaria.

“Deberá estimularse a los Estados a definir los criterios mínimos para asegurar una mejor calidad de la atención institucional.”

Principio 15

Deberá alentarse la formación de consejos de residentes o la participación de miembros de la familia, amigos u otras personas en sustitución de los residentes, para promover los puntos de vista de éstos acerca de la administración y el funcionamiento de la institución.

Principio 16

“Deberá capacitarse a los médicos y a los estudiantes de profesiones que tienen a su cargo el cuidado de seres humanos en los principios y las aptitudes pertinentes en las áreas de gerontología, geriatría, psicogeriatría y cuidado de personas de edad.”

Los programas de enseñanza y capacitación deberán ser de carácter interdisciplinario, dado que el envejecimiento de la población es un tema multidisciplinario...”

Principio 17

La política pública deberá promover la alfabetización, la planificación de la vida, incluidos la preparación para la jubilación, la capacitación profesional, los programas de promoción de la salud, el desarrollo intelectual y las actividades de recreo. “La necesidad de la educación continua de adultos a todos los niveles debe encontrar reconocimiento y estímulo.”

“Ha de tenerse cuidado de adoptar los métodos de enseñanza a las capacidades de los senescentes, de modo que puedan participar equitativamente en cualquier tipo de educación que se ofrezca y aprovecharla.”

Principio 18

La política pública deberá tratar de eliminar las barreras físicas, financieras y de otros tipos que se oponen a la participación de las personas de edad en actividades culturales, recreativas y de esparcimiento.

Principio 19

“Los gobiernos deberán esforzarse por reducir o eliminar cualquier restricción de tipo fiscal o de índole similar que pese sobre las actividades voluntarias y no estructurales, así como las normas jurídicas que impidan o dificulten la autoayuda recíproca y el empleo de voluntarios en la prestación de servicios junto al personal profesional o en instituciones destinadas a los ancianos”.

CAPÍTULO III

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Calidad de atención que reciben los geriátricos.	Es el cumplimiento de las normas técnicas y de las necesidades centradas del usuario el impacto sobre la edad, es el resultado de la calidad técnica en la atención y la entrega del anciano.	MODELOS DE ATENCIÓN	- Modelo DOPRI	- Adecuado - Inadecuado
Contexto	Análisis del entorno donde se desenvuelven los centros geriátricos, políticas, planes, programas, objetivos, visión, misión, ley del anciano.	SATISFACCIÓN DE NECESIDADES	- Derechos de los Ancianos - Seguridad Económica - Estabilidad Física y Familiar	- Conoce - Desconoce - Cédula de Identidad 3ª edad - Carné de la tercera edad - Exoneración básica del 50% de transporte - Exoneración de necesidades básicas - Maltrato físico - Igualdad - Discriminación

				<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo - Cuidado
			<ul style="list-style-type: none"> - Políticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Existen - No existen
			<ul style="list-style-type: none"> - Planes 	<ul style="list-style-type: none"> - Existen - No existen
			<ul style="list-style-type: none"> - Programas 	<ul style="list-style-type: none"> - Existen - No existen
			<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
			<ul style="list-style-type: none"> - Visión 	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
			<ul style="list-style-type: none"> - Misión 	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
		REGISTROS	<ul style="list-style-type: none"> - Historias Clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
		INSTITUCIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Gubernamentales - Qué instituciones 	<ul style="list-style-type: none"> - MBS - MSP - OTROS

<p>Demanda</p>	<p>Es el estudio sociodemográfico de los demandantes, la morbilidad institucional, severidad de los procesos patológicos, la demanda afectiva atendida.</p>	<p>CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reciben apoyo - No Gubernamentales - Reciben apoyo - Edad - Sexo - Morbilidad - Ocupación 	<ul style="list-style-type: none"> - SI - NO - SI - NO - MBS - Fuera del país - Dentro del país - Otros - 65 - 70 años - 71 - 75 años - 76 – 80 años - 81 + años - Masculino - Femenino - Diabetes - Hipertensión arterial - Accidentes cerebro vasculares - Artrosis - Várices - Escabiosis - Problemas respiratorios - Trabaja - Jubilado - Otros
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>RECURSOS FINANCIEROS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presupuesto - Alimentación: N° de comidas - Tipo de comida - Disponibilidad de ropa <p>RECURSOS HUMANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal disponible por anciano - Equipo de salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Reciben - No reciben - 1-2 veces al día - 2-3 veces al día - 3-4 veces al día - 5 y + veces al día - Dieta normal - Dieta especial - Suficiente - Insuficiente - 1 persona para 5 ancianos - 1 persona para 6-10 ancianos - 1 persona para 11-15 ancianos - 1 persona para + 20 ancianos - Médico - Enfermera profesional
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Proceso	Se trata de la esquematización de los distintos pasos que deben cumplir los usuarios para obtener los servicios médicos de la institución.	ATENCIÓN MÉDICA	<ul style="list-style-type: none"> - Personal de apoyo médico - Atención personalizada - Sistema de recuperación del paciente - Fluxogramas de atención - Tiempo de espera 	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar de enfermería - Fisioterapista - Nutricionista - Psicólogo - Trabajadora Social - Odontólogo - Adecuada - Inadecuada - Adecuada - Inadecuada - Existen - No existen - + de 1 hora - 1 hora - - de 1 hora
Resultado	Se define como el # de veces que se presta un servicio sobre un mismo usuario. Se	NÚMERO DE ATENCIONES RECIBIDAS AL MES	<ul style="list-style-type: none"> - Médicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Primera - Subsecuente

<p>Impacto</p>	<p>calcula para las consultas de medicina general y especializada.</p> <p>Es la evaluación de los indicadores como los cambios de la morbimortalidad en el tiempo, complicaciones y los cambios en la actitud de los usuarios.</p>	<p>RECURSOS DISPONIBLES</p> <p>GRADO DE SATISFACCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Odontológicas - Unidad de Salud - Técnicos - Económicos - Número de quejas - Recuperación de salud - Integración a grupos activos - Participación social 	<ul style="list-style-type: none"> - Primera - Subsecuente - MSP - IESS - Particular - Institución - Suficiente - Insuficiente - Bueno - Regular - Deficiente - 100% insatisfecho - 50% insatisfecho - - 50% satisfecho - Mediata - Inmediata - Si - No - Si - No
----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación según los problemas y objetivos planteados es de tipo descriptivo.

ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio lo conformaron los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo, los mismos que se encuentran distribuidos en el sector urbano y urbano marginal como es el asilo “Guillermina Llor de Moreno”, “Albergue Vicente de la Cruz”, “Fundación Social Cristo Rey”, “Asociación de Damas Protectoras de la Ancianidad”.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo lo constituyeron los cuatro centros asistenciales gerontológicos que daban un total de 269 ancianos y se tomó como muestra el 30% de estos ancianos que constituyeron 98 ancianos, utilizando el muestreo aleatorio simple distribuyéndose de la siguiente manera:

Asilo “Guillermina Llor de Moreno	23 ancianos
Asociación de Damas Protectoras de la Ancianidad	22 ancianos
Fundación Social Cristo Rey	44 ancianos
Albergue Vicente de la Cruz	<u>9 ancianos</u>
Total	98 ancianos

MÉTODO E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El método para la recolección de datos está basado en la observación simple que se realiza en base a datos que van a contribuir resultados positivos, es una guía que se realiza con la operacionalización de las variables donde se pudo observar la infraestructura, servicios básicos y la alimentación que brindaban (anexo # 1).

Se hizo una encuesta dirigida para cada uno de los centros asistenciales ya que todos no tienen la misma característica, el Guillermina Llor es el que recluta a los ancianos brindando las 24 horas del día, los otros centros solo dan atención fraccionada (anexo #2).

También se aplicó una encuesta dirigida a los ancianos sobre la calidad de atención brindada en el proceso, demanda y oferta (anexo # 3).

INSTRUMENTOS

- Cuestionario dirigido al adulto mayor, al personal de los centros asistenciales
- Guía de observación a los centros asistenciales

TIEMPO DE EJECUCIÓN DE DATOS

El tiempo que se empleó para la ejecución de la investigación es de 6 meses.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La tabulación de la información se basó en cuadros estadísticos, gráficos y barras analizadas por medio de porcentajes.

RECURSOS HUMANOS

- Directora de la tesis
- Investigadoras
- Ancianos
- Personal de los centros asistenciales

RECURSOS MATERIALES

- Materiales de escritorio
- Formularios del Ministerio de Bienestar Social
- Computadora

RECURSOS INSTITUCIONALES

- Centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo
- Ministerio de Bienestar Social
- Biblioteca
- Internet

RECURSOS ECONÓMICOS

Los gastos que generó la investigación fueron solventados por las investigadoras.

CAPÍTULO IV

CUADRO # 1

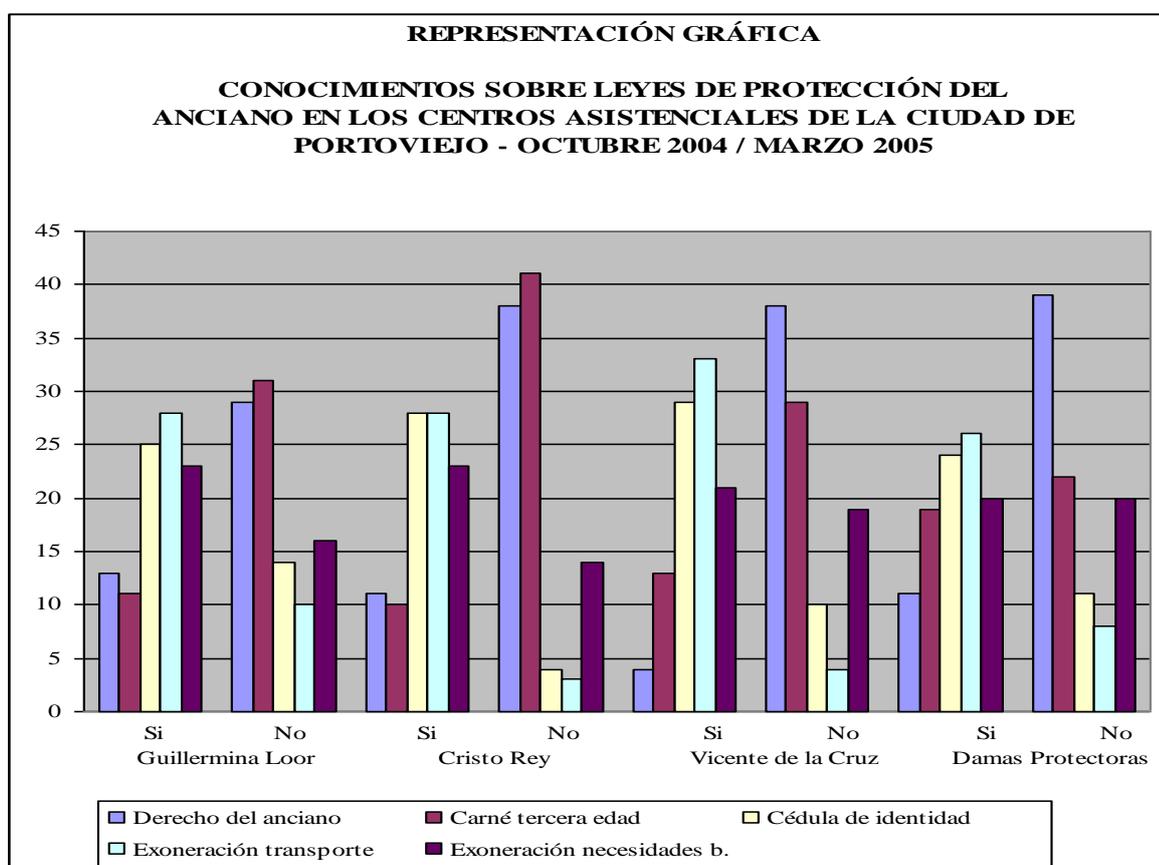
CONOCIMIENTOS SOBRE LEYES DE PROTECCIÓN DEL ANCIANO EN LOS CENTROS ASISTENCIALES

DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO - OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

Derecho Social, seguridad económica	Guillermina Loor				Cristo Rey				Vicente de la Cruz				Damas Protectoras			
	Si		No		Si		No		Si		No		Si		No	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Derecho del anciano	8	13	15	29	17	11	27	38	1	4	8	38	8	11	14	39
Carné tercera edad	7	11	16	31	15	10	29	41	3	13	6	29	14	19	8	22
Cédula de identidad	16	25	7	14	41	28	3	4	7	29	2	10	18	24	4	11
Exoneración transporte	18	28	5	10	42	28	2	3	8	33	1	4	19	26	3	8
Exoneración necesidades b.	15	23	8	16	34	23	10	14	5	21	4	19	15	20	7	20
Total	64	100	51	100	149	100	71	100	24	100	21	100	74	100	36	100

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García - María Zambrano



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 1

En los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo el derecho social y seguridad económica, se muestra por debajo del 50% pero llama la atención que desconocen la ley que los ampara y la exoneración de sus necesidades básicas.

Demuestra que los ancianos tienen poco conocimiento sobre sus derechos por lo que, reciben humillaciones en las instituciones públicas al momento de cumplir con el pago de sus haberes.

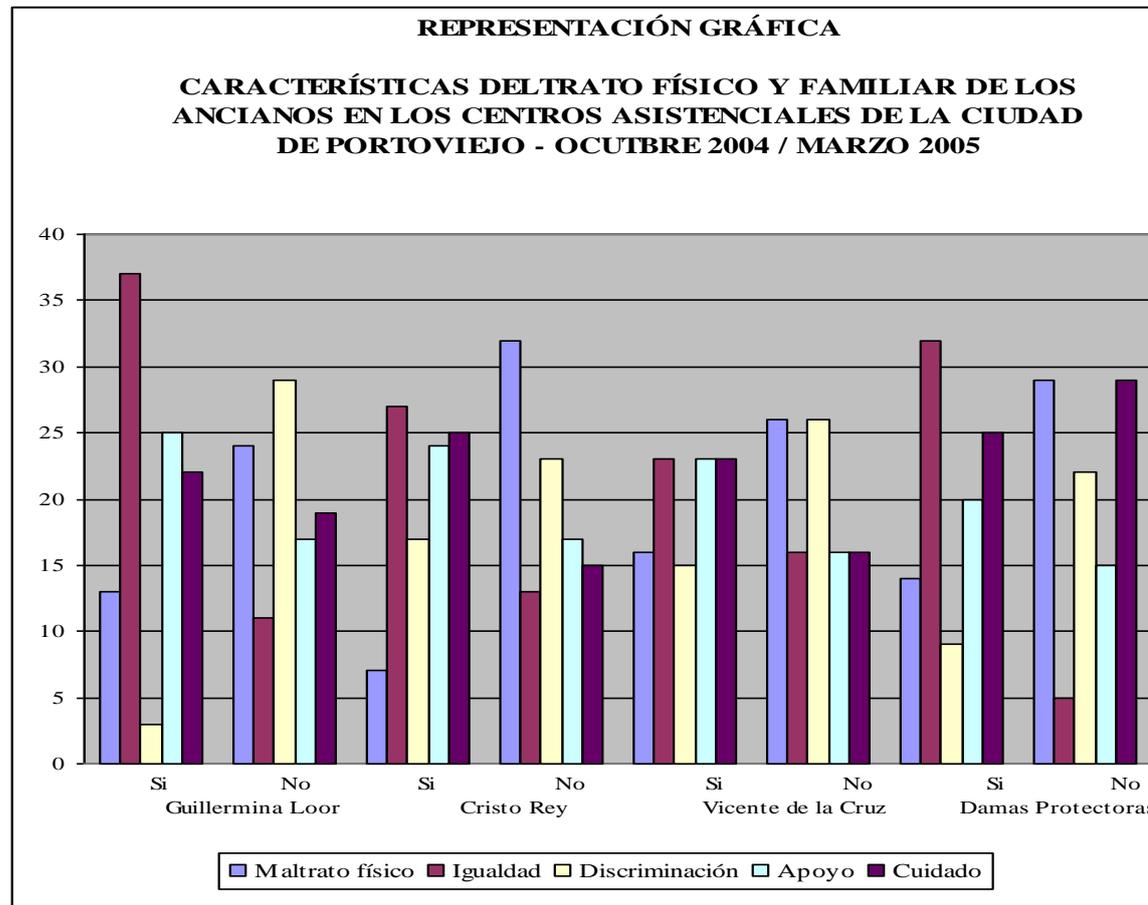
CUADRO # 2

CARACTERÍSTICAS DEL TRATO FÍSICO Y FAMILIAR DE LOS ANCIANOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO - OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

Estabilidad física y familiar	Guillermina Loor				Cristo Rey				Vicente de la Cruz				Damas Protectora		
	Si		No		Si		No		Si		No		Si	N	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Maltrato físico	5	13	18	24	7	7	37	32	4	16	5	26	8	14	22
Igualdad	15	37	8	11	29	27	15	13	6	23	3	16	18	32	4
Discriminación	1	3	22	29	18	17	26	23	4	15	5	26	5	9	17
Apoyo	10	25	13	17	25	24	19	17	6	23	3	16	11	20	11
Cuidado	9	22	14	19	27	25	17	15	6	23	3	16	14	25	22
Total	40	100	75	100	106	100	114	100	26	100	19	100	56	100	76

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García - María Zambrano



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 2

En los centros asistenciales el trato familiar se muestra por debajo del 50%, pero llama la atención que exista maltrato físico y discriminación en un porcentaje menor dándonos significación para la investigación.

Esto indica que los ancianos necesitan cuidado, igualdad de trato por parte de sus familiares y debido a su edad mayor atención, se tratados con consideración, respeto y dignidad por toda la sociedad, especialmente por las personas que lo atiendan, lo cuidan y lo rodean los 365 días del año y que ellos tengan un envejecimiento digno de su edad.

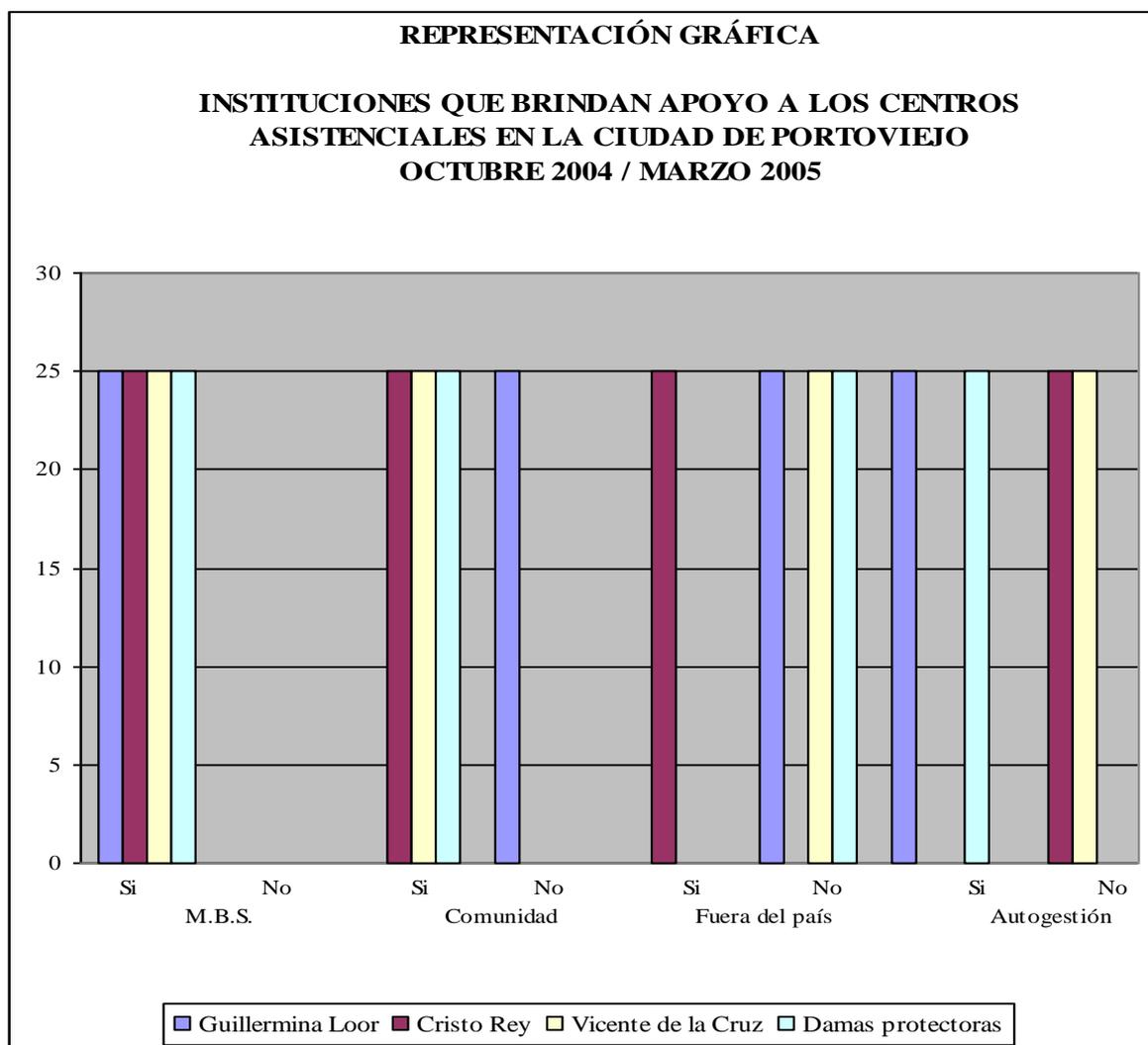
CUADRO # 3

INSTITUCIONES QUE BRINDAN APOYO A LOS CENTROS ASISTENCIALES EN LA CIUDAD DE PORTOVIEJO OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

Centros Asistenciales	MBS				Comunidad				Fuera del país				Autogestión		
	Si		No		Si		No		Si		No		Si		F
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F
Guillermina Loor	1	25	0	0	0	0	1	25	0	0	1	25	1	25	0
Cristo Rey	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	0	0	1
Vicente de la Cruz	1	25	0	0	1	25	0	0	0	0	1	25	0	0	1
Damas protectoras	1	25	0	0	1	25	0	0	0	0	1	25	1	25	0
Total	4	100	0	0	3	75	1	25	1	25	3	75	2	50	2

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García - María Zambrano



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 3

En este gráfico se aprecia que los centros asistenciales reciben apoyo del M.B.S., en mínima cantidad y deben realizar con la comunidad autogestión, además tienen apoyo por convenio fuera del país y dentro que se ha realizado por proyectos de ayuda social.

Esto indica que los centros no tienen presupuesto propio y no pueden subsistir por si solos, si no que dependen de otros organismos para cubrir los gastos de mantenimiento de esta manera brindar mejor atención al geriátrico.

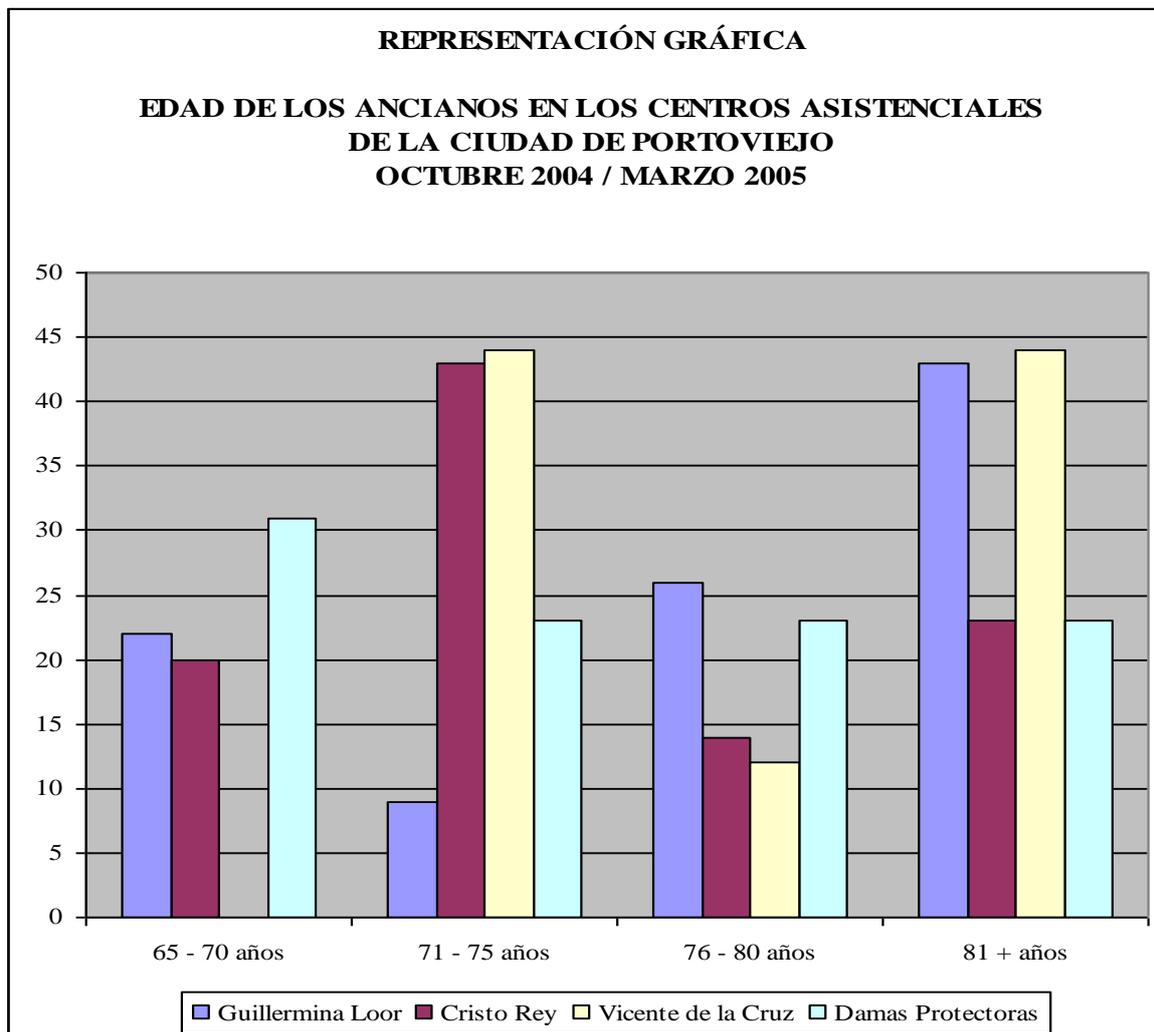
CUADRO # 4

EDAD DE LOS ANCIANOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

Edades	Guillermina Loor		Cristo Rey		Vicente de la Cruz		Damas Protectoras	
	F	%	F	%	F	%	F	%
65 - 70 años	5	22	9	20	0	0	7	31
71 - 75 años	2	9	19	43	4	44	5	23
76 - 80 años	6	26	6	14	1	12	5	23
81 + años	10	43	10	23	4	44	5	23
Total	23	100	44	100	9	100	22	100

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García – María Zambrano



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 4

Se puede apreciar que la demanda de las edades de los ancianos en el asilo Guillermina Loor de Moreno es de 81 años y más con el 43%, en el Cristo Rey en las edades 71 – 75 años con el 43%, Vicente de la Cruz en las edades de 71 – 75 años y 81 años y más con el 44% y en las Damas Protectoras 31% en las edades de 65 – 70 años.

Esto nos demuestra que las edades están dentro del grupo considerado geriátrico los cuales necesitan asistencia especializada y están en unión con otras personas de la misma edad para mantener una comunicación de historias, anécdotas, trayectoria de su vida creando un ambiente familiar y de confraternidad.

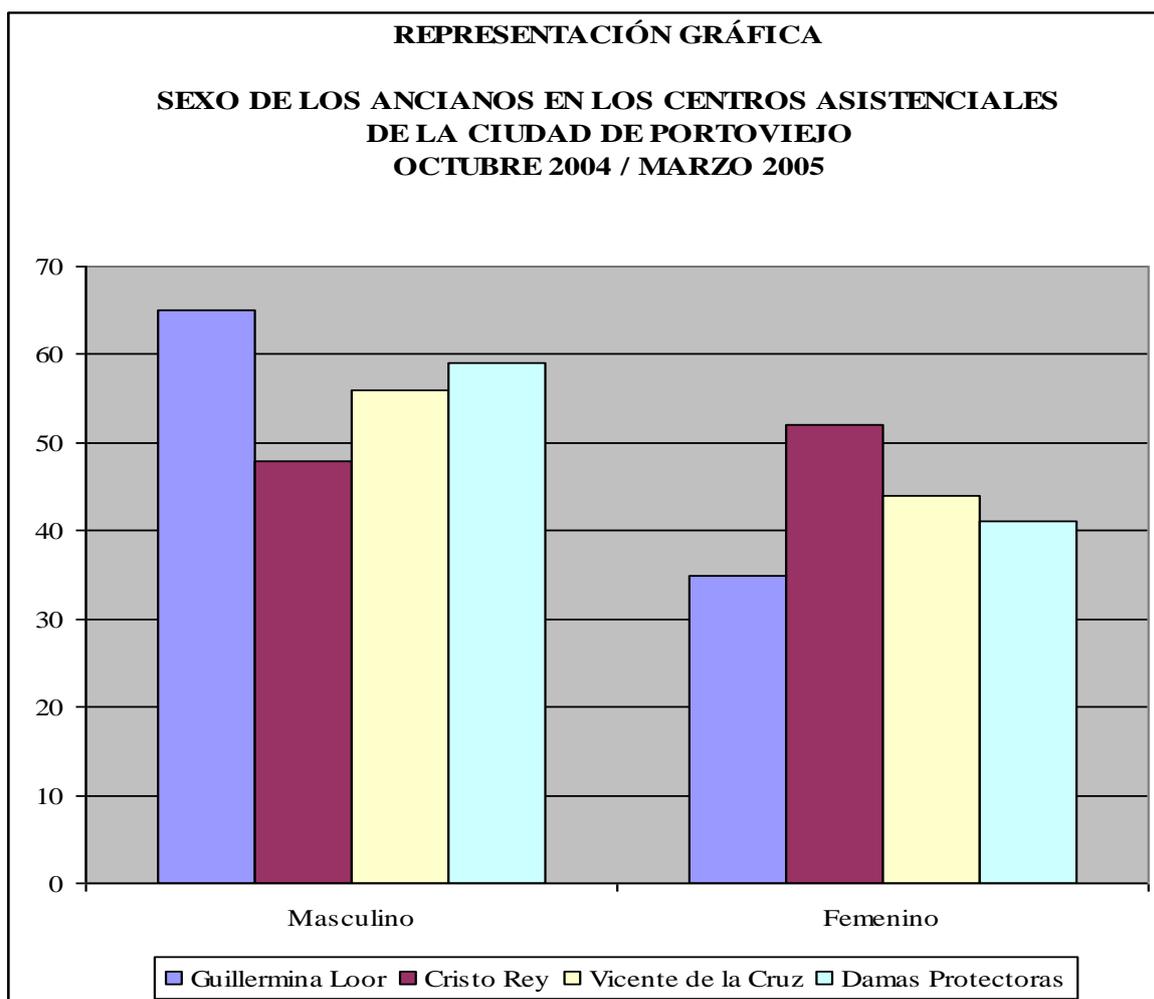
CUADRO # 5

SEXO DE LOS ANCIANOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

Edades	Guillermina Loor		Cristo Rey		Vicente de la Cruz		Damas Protectoras	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Masculino	15	65	21	48	5	56	13	59
Femenino	8	35	23	52	4	44	9	41
Total	23	100	44	100	9	100	22	100

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García - María Zambrano



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 5

La demanda de acuerdo al sexo que acude a los centros asistenciales es el masculino con más del 50%.

Esto indica que el varón siempre suele quedarse solo por el machismo de nuestros pueblos que no buscan a familiares, sino que prefieren ser atendidos por terceras personas y en un porcentaje menor son mujeres que se encuentran solas o sus familiares no pueden cuidarlos por lo que tienen que acudir a estas instituciones para recibir ayuda y protección.

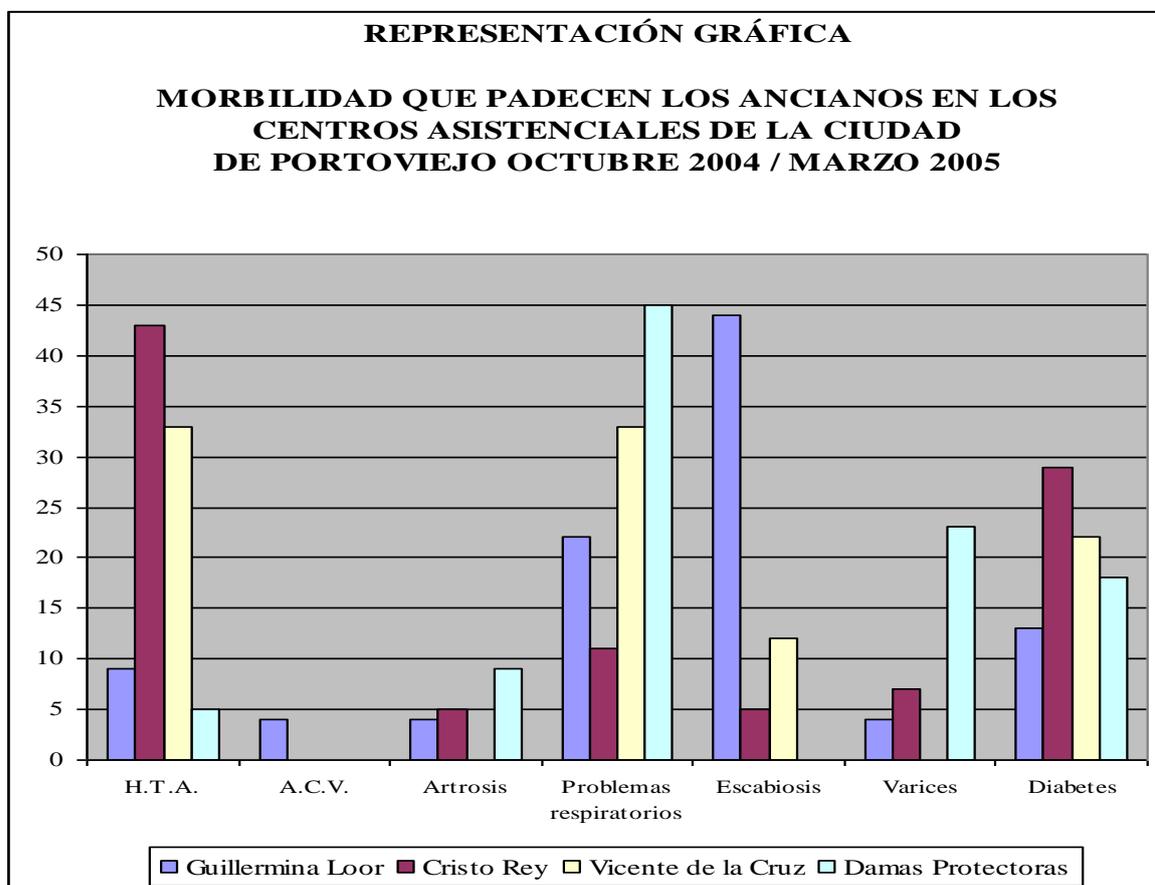
CUADRO # 6

MORBILIDAD QUE PADECEN LOS ANCIANOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

Morbilidad	Guillermina Loor		Cristo Rey		Vicente de la Cruz		Damas Protectoras	
	F	%	F	%	F	%	F	%
H.T.A.	2	9	19	43	3	33	1	5
A.C.V.	1	4	0	0	0	0	0	0
Artrosis	1	4	2	5	0	0	2	9
Problemas respiratorios	5	22	5	11	3	33	10	45
Escabiosis	10	44	2	5	1	12	0	0
Varices	1	4	3	7	0	0	5	23
Diabetes	3	13	13	29	2	22	4	18
Total	23	100	44	100	9	100	22	100

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García - María Zambrano



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 6

Entre los tipos de enfermedades que padecen los ancianos que asisten a los centros asistenciales están los problemas respiratorios y HTA por encima del 40% y en un porcentaje menor la diabetes y escabiosis.

Esto significa que los ancianos a pesar que cuentan con atención médica gratuita su integridad física se deterioran por no poder solventar los gastos de su tratamiento médico y por el hacinamiento que existe en estas instituciones beneficios.

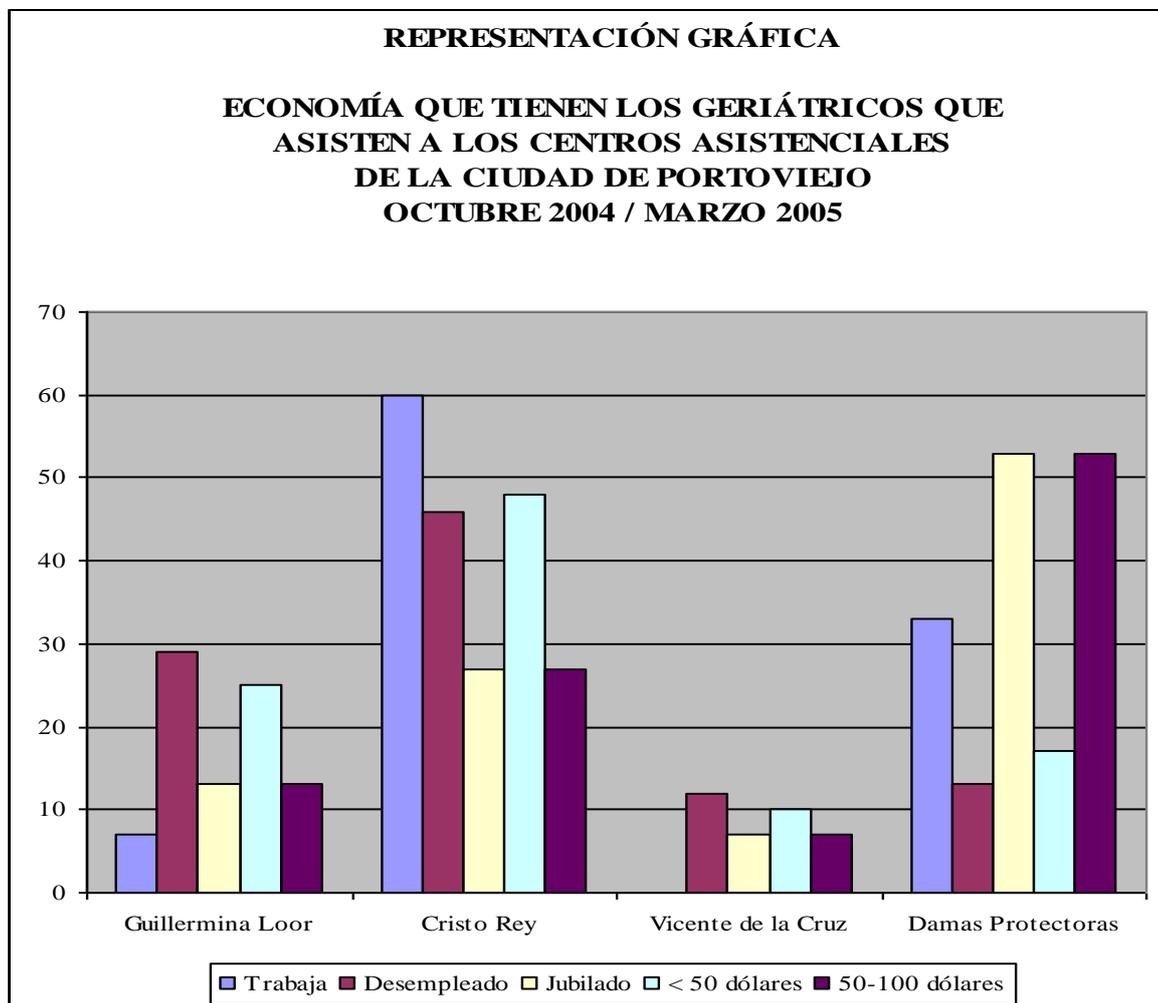
CUADRO # 7

ECONOMÍA QUE TIENEN LOS GERIÁTRICOS QUE ASISTEN A LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO - OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

Centros asistenciales	Ocupación						Nivel socioeconómico			
	Trabaja		Desempleado		Jubilado		< 50 dólares		50-100 dólares	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Guillermina Loor	1	7	20	29	2	13	21	25	2	13
Cristo Rey	9	60	31	46	4	27	40	48	4	27
Vicente de la Cruz	0	0	8	12	1	7	8	10	1	7
Damas Protectoras	5	33	9	13	8	53	14	17	8	53
Total	15	100	68	100	15	100	83	100	15	100

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García - María Zambrano



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 7

Se aprecia que en los centros asistenciales la mayoría son desempleados con más del 40% y un porcentaje menor son jubilados con un ingreso mensual menor de \$ 100.

Lo que demuestra que los ancianos no cuentan con recursos económicos suficientes para solventar los gastos de la canasta básica familiar y es la razón que acuden a recibir el servicio de alimentación.

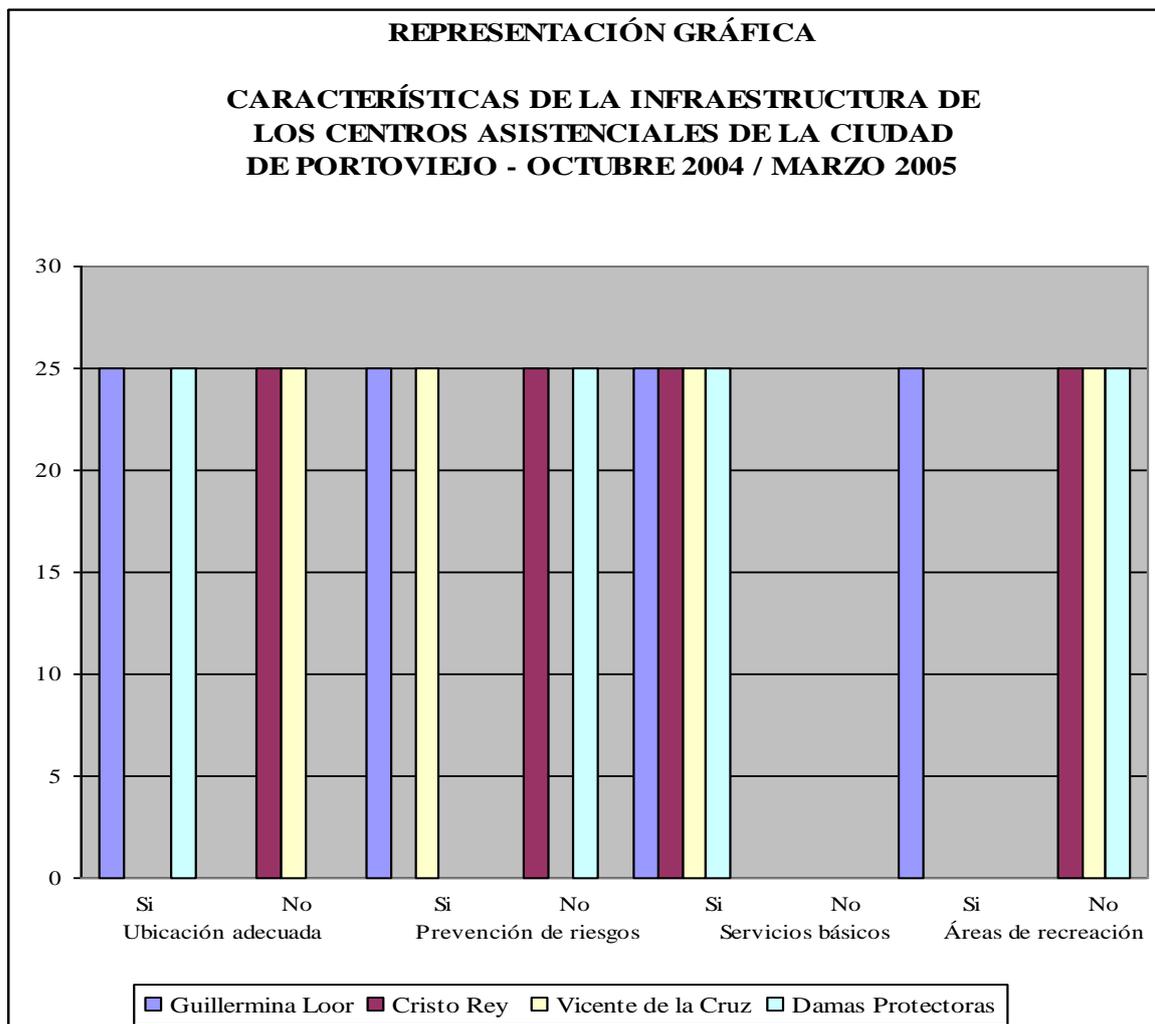
CUADRO # 8

CARACTERÍSTICAS DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO - OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

Centros asistenciales	Ubicación adecuada				Prevención de riesgos				Servicios básicos				Áreas de recreación			
	Si		No		Si		No		Si		No		Si		No	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Guillermina Loor	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0
Cristo Rey	0	0	1	25	0	0	1	25	1	25	0	0	0	0	1	25
Vicente de la Cruz	0	0	1	25	1	25	0	0	1	25	0	0	0	0	1	25
Damas Protectoras	1	25	0	0	0	0	1	25	1	25	0	0	0	0	1	25
Total	2	50	2	50	2	50	2	50	4	100	0	0	1	25	3	75

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García - María Zambrano



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 8

El presente gráfico nos muestra la oferta que brindan a los centros asistenciales, ubicación, servicios básicos, como los sanitarios se encuentran en mal estado en el Guillermina Loor y Damas Protectoras, no así en los dos centros.

El proceso de envejecimiento genera atención, dependencia y necesidades para que les brinden seguridad y confianza a ellos, por esta razón deben contar con área física, técnica y administrativa especializada, así como pisos seguros, barandales y baños amplios.

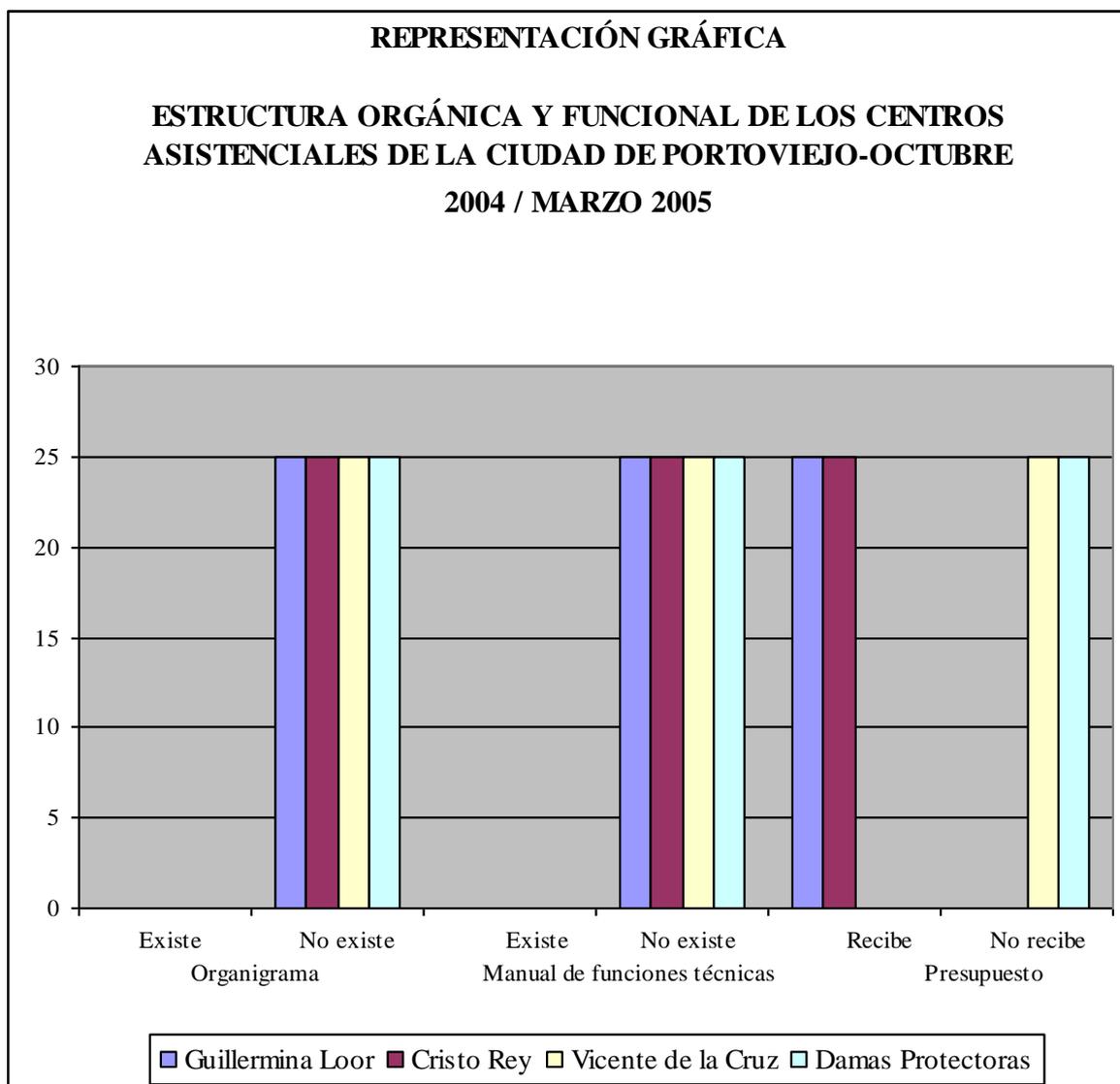
CUADRO # 9

ESTRUCTURA ORGÁNICA Y FUNCIONAL DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

Centros asistenciales	Organigramas				Manual de funciones técnicas				Presupuesto			
	Existe		No existe		Existe		No existe		Reciben		No reciben	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Guillermina Loor	0	0	1	25	0	0	1	25	1	25	0	0
Cristo Rey	0	0	1	25	0	0	1	25	1	25	0	0
Vicente de la Cruz	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25
Damas Protectoras	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25
Total	0	0	4	100	0	0	4	100	2	50	2	50

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García - María Zambrano



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 9

El gráfico indica en un 25% que cada uno de ellos no cuentan con organigrama ni con el manual de funciones técnicas, esto indica que la organización y las directrices están encargadas por personas que son improvisadas y no contratan a personal capacitado para atender a estos centros.

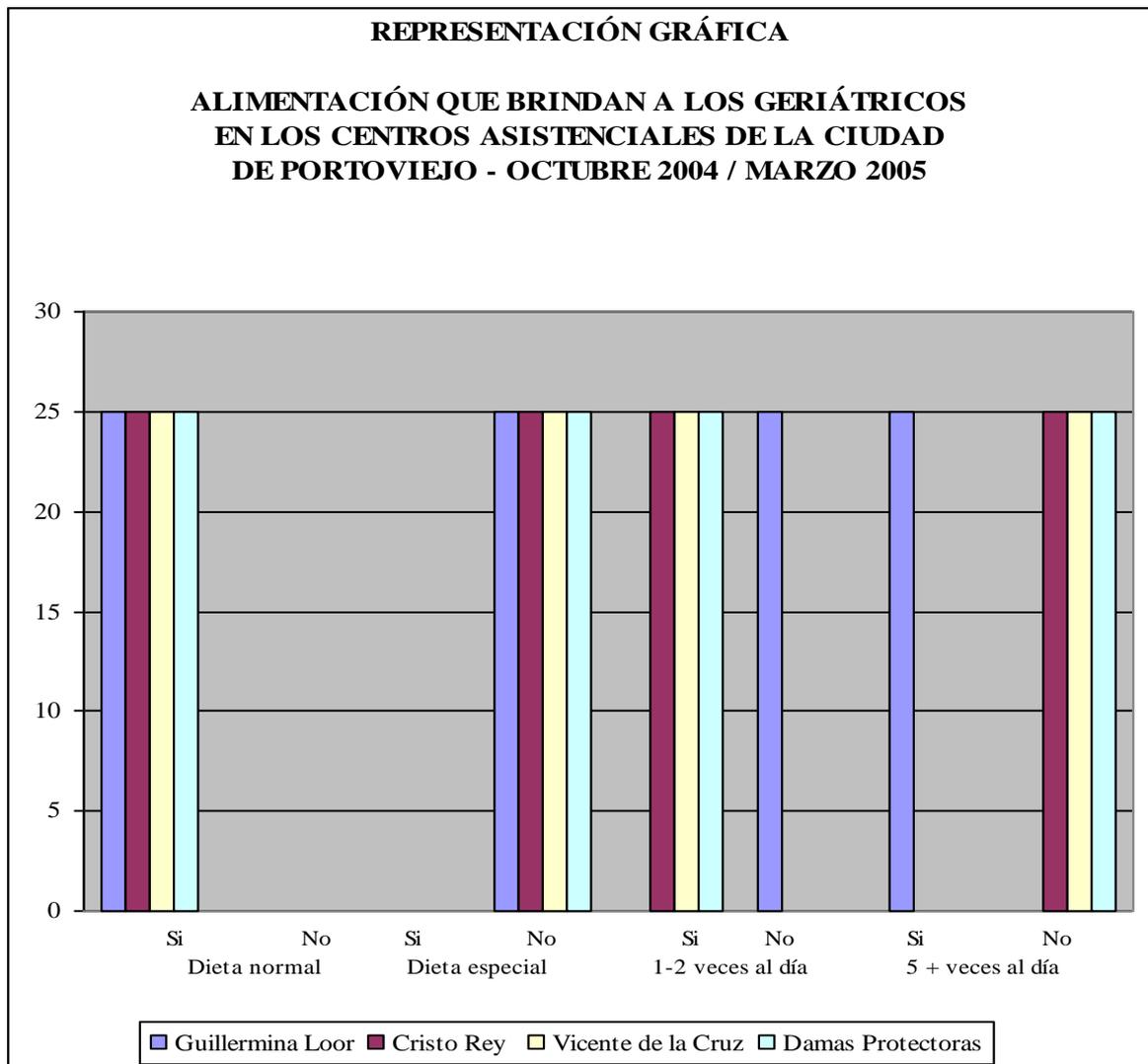
CUADRO # 10

ALIMENTACIÓN QUE BRINDAN A LOS GERIÁTRICOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO - OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

Centros asistenciales	Tipo de comida								# de veces que reciben alimentación							
	Dieta normal				Dieta especial				1-2 veces al día				5 + veces al día			
	Si		No		Si		No		Si		No		Si		No	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Guillermina Loor	1	25	0	0	0	0	1	25	0	0	1	25	1	25	0	0
Cristo Rey	1	25	0	0	0	0	1	25	1	25	0	0	0	0	1	25
Vicente de la Cruz	1	25	0	0	0	0	1	25	1	25	0	0	0	0	1	25
Damas Protectoras	1	25	0	0	0	0	1	25	1	25	0	0	0	0	1	25
Total	4	100	0	0	0	0	4	100	3	75	1	25	1	25	3	75

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García - María Zambrano



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 10

La nutrición que reciben los geriátricos en el Guillermina Loor es 5 veces al día que corresponden en un 100% porque pasan 24 horas al día, es decir, que son reclutados, no así en los centros que acuden de 4-6 horas diarias recibiendo un refrigerio y el almuerzo en el día.

Esto demuestra la diferencia, existen en el asilo Guillermina Loor, los centros que dan solo servicio de alimentación y protección al geriátrico.

Las dietas no son realizadas en forma individualizadas para cada uno de los geriátricos, dependiendo de la patología que presentan solo lo hacen baja en sodio y en lípidos.

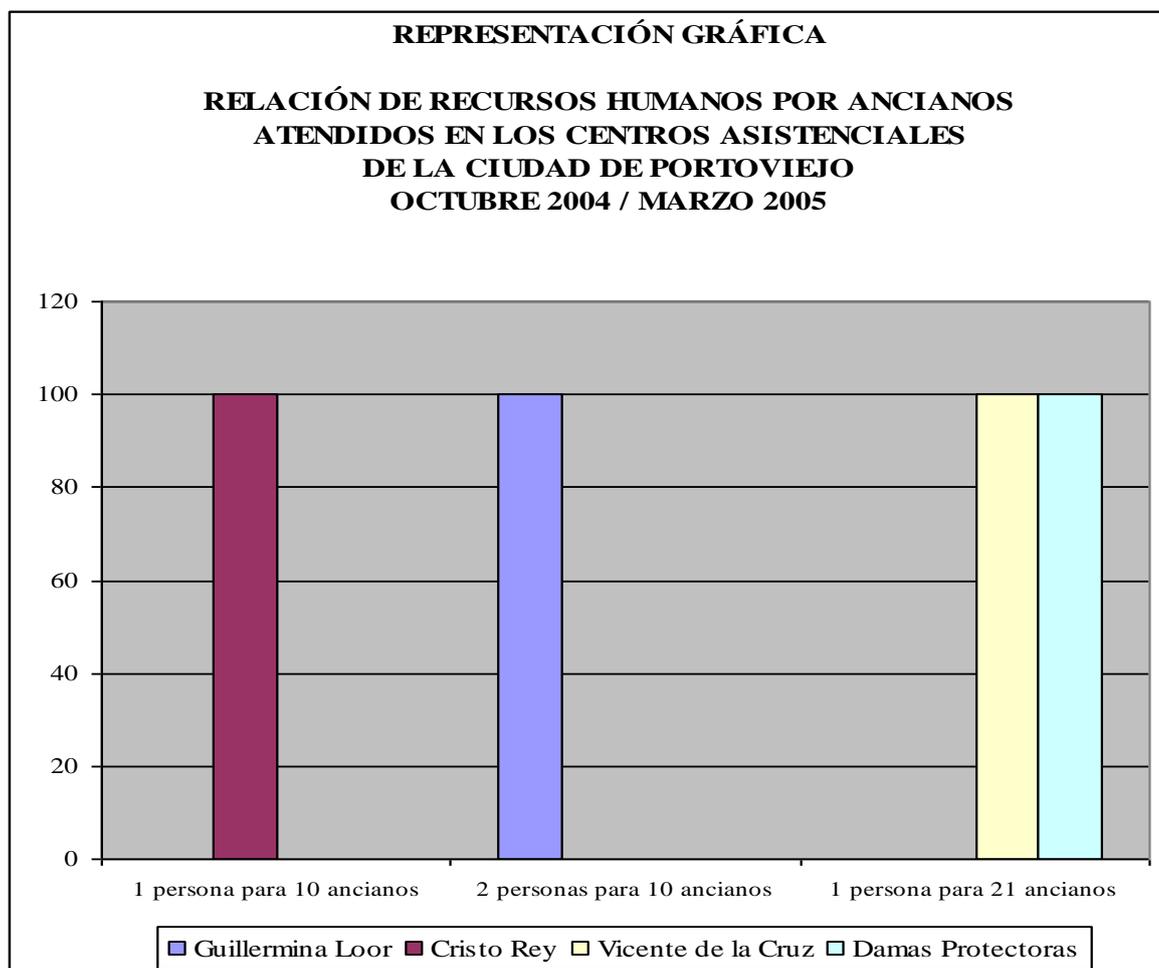
CUADRO # 11

RELACIÓN DE RECURSOS HUMANOS POR ANCIANOS ATENDIDOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO - OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

Personal disponible por anciano	Guillermina Loor		Cristo Rey		Vicente de la Cruz		Damas Protectoras	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1 persona para 10 ancianos	0	0	1	100	0	0	0	0
2 personas para 10 ancianos	1	100	0	0	0	0	0	0
1 persona para 21 ancianos	0	0	0	0	1	100	1	100
Total	1	100	1	100	1	100	1	100

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García - María Zambrano



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 11

El 100% de atención por geriátrico que tienen los centros, es deficiente, el personal disponible con que cuenta estos centros son personas no adiestradas, solo brindan cuidados básicos como es el baño diario y la higiene del área.

Los geriátricos presentan enfermedades cardiacas, degenerativos, renales que muchas veces no son detectados a tiempo para ser transferidos a unidades de mayor complejidad.

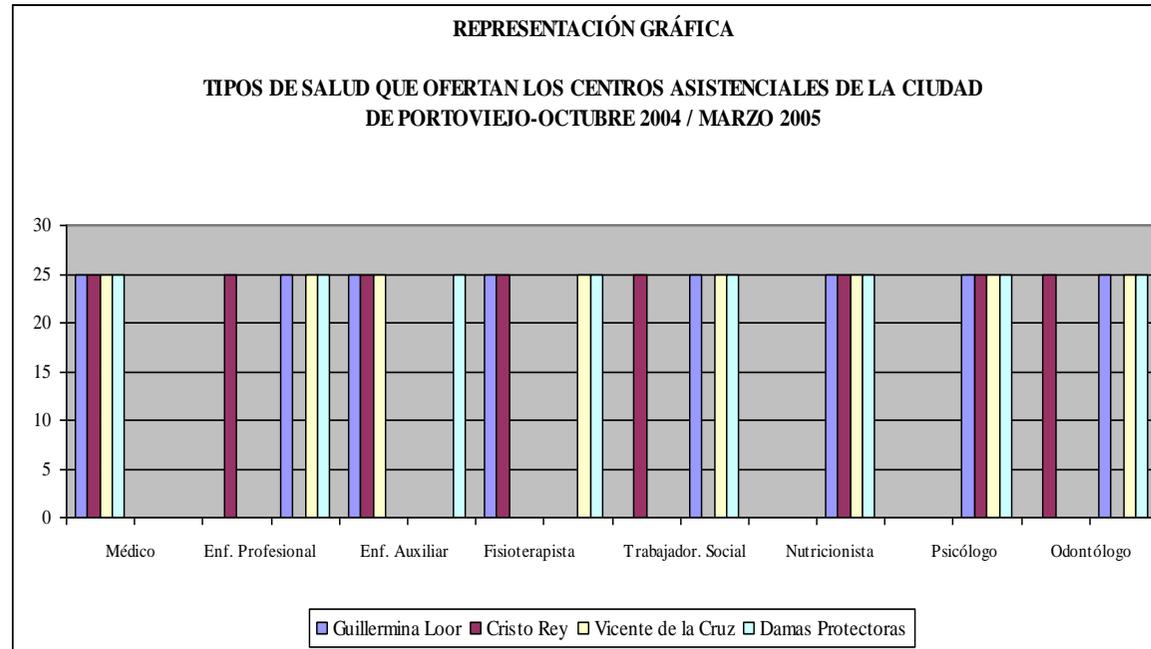
CUADRO # 12

TIPOS DE SALUD QUE OFERTAN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

Centros asistenciales	Médico		Enf. Profesional				Enf. Auxiliar				Fisioterapista				Trabajadora Social				Nutricionista				Psicólogo				Odontólogo					
	Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Guillermina Loor	1	25	0	0	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25
Cristo Rey	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	0	0	1	25	0	0	1	25	1	25	0	0
Vicente de la Cruz	1	25	0	0	0	0	1	25	1	25	0	0	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25
Damas Protectoras	1	25	0	0	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0	1	25
Total	4	100	0	0	1	25	3	75	3	75	1	25	2	50	2	50	1	25	3	75	0	0	4	100	0	0	4	100	1	25	3	75

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García - María Zambrano



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 12

En la oferta que brinda los centros a los geriátricos en la atención médica y personal de salud es deficiente y de mala calidad se refleja en un 25%.

Esto indica que los centros no cuentan con un equipo de salud completo, ni de planta aún menos contratados; en el asilo Guillermina Loor, Cristo Rey, Vicente de la Cruz, existe una Auxiliar de Enfermería, solo en el Cristo Rey cuenta con Enfermera Profesional, Trabajadora Social y Fisioterapista, permanente y esto se atribuye a la falta de presupuesto que tiene cada centro.

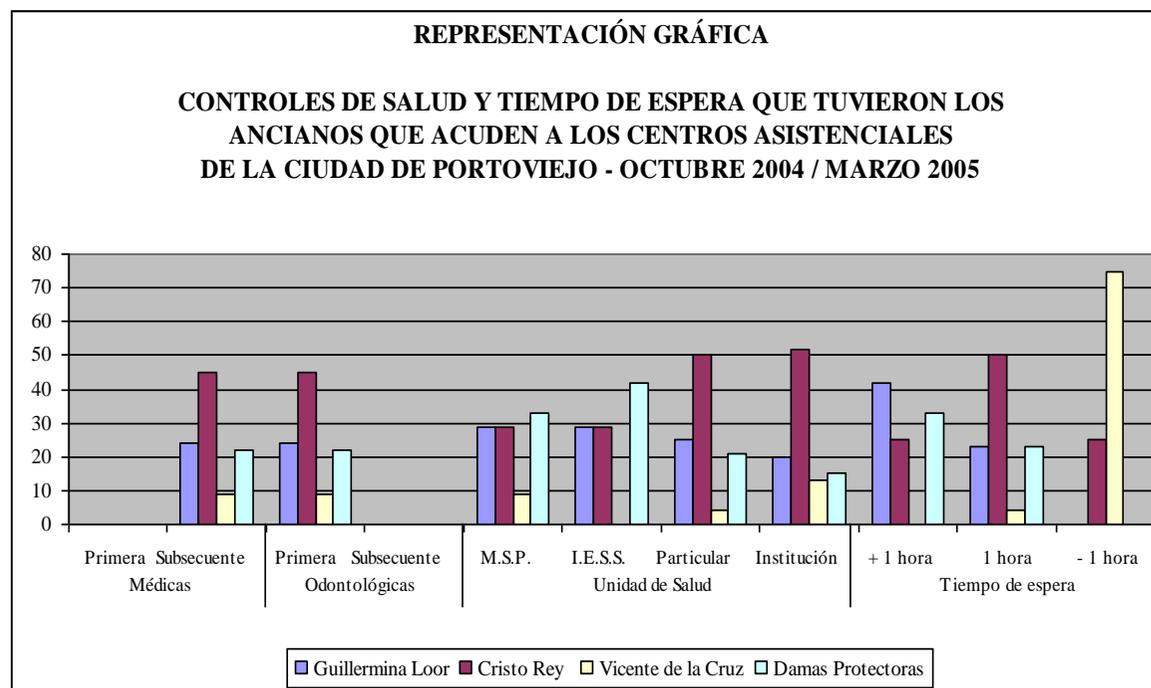
CUADRO # 13

CONTROLES DE SALUD Y TIEMPO DE ESPERA QUE TUVIERON LOS ANCIANOS QUE ACUDEN A LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO - OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

Centros asistenciales	Médicas				Odntológicas				Unidad de Salud								Tiempo de espera					
	Primera		Subsecuente		Primera		Subsecuente		M.S.P.		I.E.S.S.		Particular		Institución		+ 1 hora		1 hora		- 1 hora	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Guillermina Loor	0	0	23	24	23	24	0	0	6	29	2	29	6	25	9	20	5	42	18	23	0	0
Cristo Rey	0	0	44	45	44	45	0	0	6	29	2	29	12	50	24	52	3	25	39	50	2	25
Vicente de la Cruz	0	0	9	9	9	9	0	0	2	9	0	0	1	4	6	13	0	0	3	4	6	75
Damas Protectoras	0	0	22	22	22	22	0	0	7	33	3	42	5	21	7	15	4	33	18	23	0	0
Total	0	0	98	100	98	100	0	0	21	100	7	100	24	100	46	100	12	100	78	100	8	100

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García - María Zambrano



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 13

Más del 50% de los ancianos que asisten a los centros asistenciales acuden al control médico en forma subsecuente, cuando presentan morbilidad, la atención odontológica es primaria cuando hay patologías y se realiza ortodoncia, porque la mayoría de los ancianos tienen prótesis.

Lo que demuestra que los ancianos reciben atención continúa pese a que tienen que esperar como mínimo una hora para ser atendidos y prefieren hacerlo en la misma institución porque reciben este servicio en forma gratuita.

CUADRO # 14

RECURSOS DISPONIBLES EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

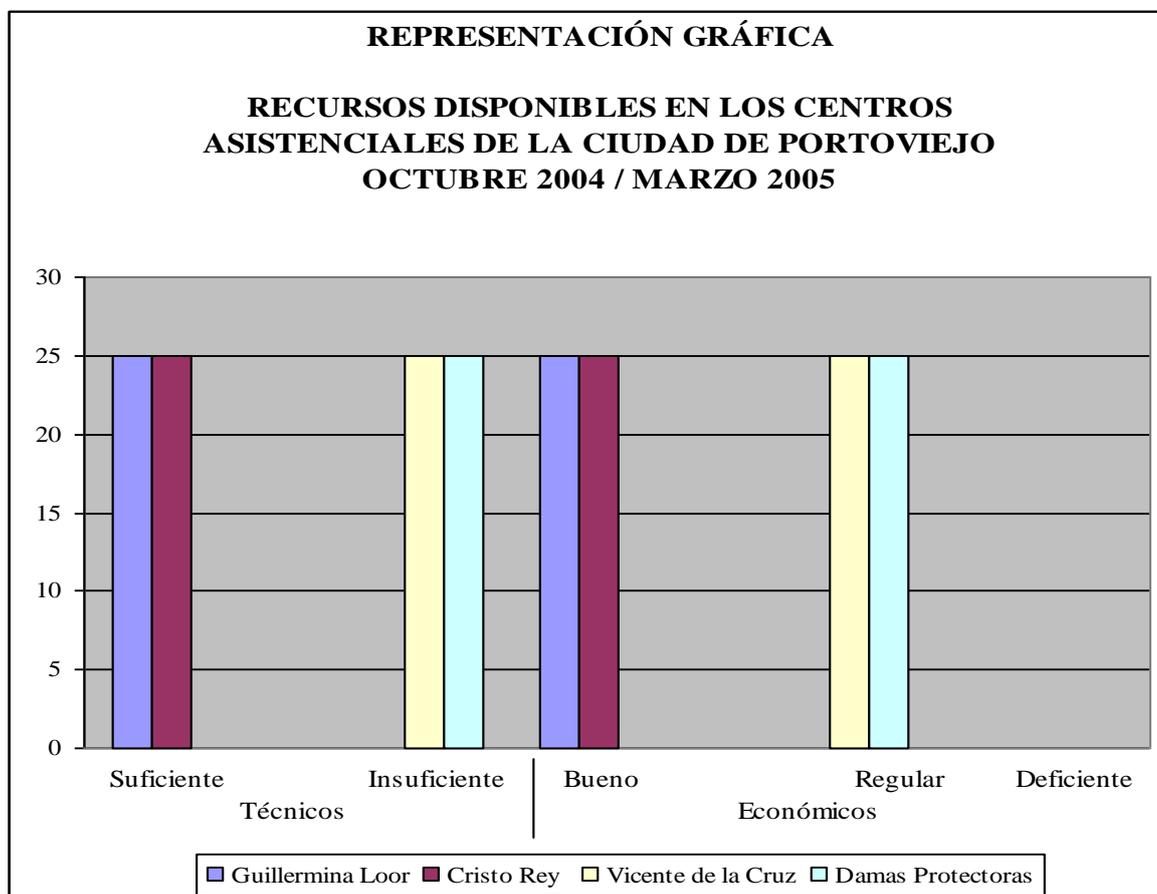
Centros asistenciales	Técnicos				Económicos					
	Suficiente		Insuficiente		Bueno		Regular		Deficiente	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Guillermina Loor	1	25	0	0	1	25	0	0	0	0
Cristo Rey	1	25	0	0	1	25	0	0	0	0
Vicente de la Cruz	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0
Damas Protectoras	0	0	1	25	0	0	1	25	0	0
Total	2	50	2	50	2	50	2	50	0	0

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García - María Zambrano

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

RECURSOS DISPONIBLES EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO OCTUBRE 2004 / MARZO 2005



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 14

Este gráfico muestra que en los centros asistenciales Guillermina Loor y Cristo Rey, cuenta con personal técnico suficiente y con un presupuesto por encima del 25% mientras que en los centros Vicente de la Cruz y Damas Protectoras es insuficiente con un presupuesto inferior al 25%.

Lo que indica que estos centros no se encuentran laborando adecuadamente por falta de recursos tanto técnicos como económicos y por tal motivo no prestan buena calidad de atención.

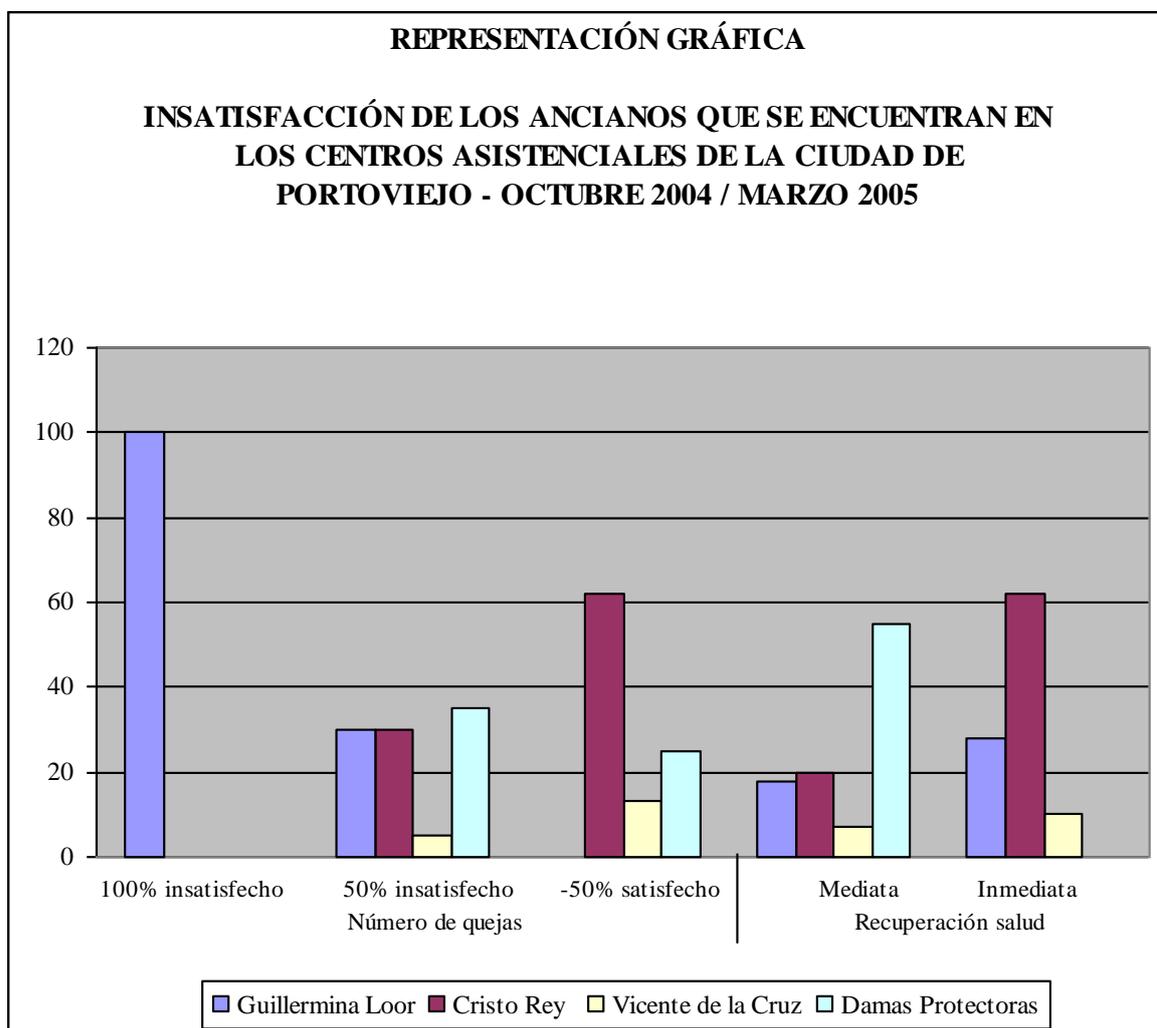
CUADRO # 15

INSATISFACCIÓN DE LOS ANCIANOS QUE SE ENCUENTRAN EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO - OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

Centros asistenciales	Número de quejas						Recuperación salud			
	100% insatisfecho		50% insatisfecho		-50% satisfecho		Mediata		Inmediata	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Guillermina Loor	17	100	6	30	0	0	7	18	16	28
Cristo Rey	0	0	6	30	38	62	8	20	36	62
Vicente de la Cruz	0	0	1	5	8	13	3	7	6	10
Damas Protectoras	0	0	7	35	15	25	22	55	0	0
Total	17	100	20	100	61	100	40	100	58	100

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García - María Zambrano



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 15

De acuerdo al grado de insatisfacción de los geriátricos en el centro Guillermina Loor en un 100%, refiere estar insatisfecho, Cristo Rey se encuentra insatisfecho más del 50%, Vicente de la Cruz menos del 50% insatisfecho y Damas Protectoras el 35% refieren estar insatisfecho.

Esto indica que el centro Guillermina Loor, pese hacer un Asilo de Anciano, no se encuentra satisfecho con esta institución por sentirse llevar una vida poco digna.

CUADRO # 16

SATISFACCIÓN SOCIAL QUE RECIBEN LOS ANCIANOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES EN LA CIUDAD DE PORTOVIEJO - OCTUBRE 2004 / MARZO 2005

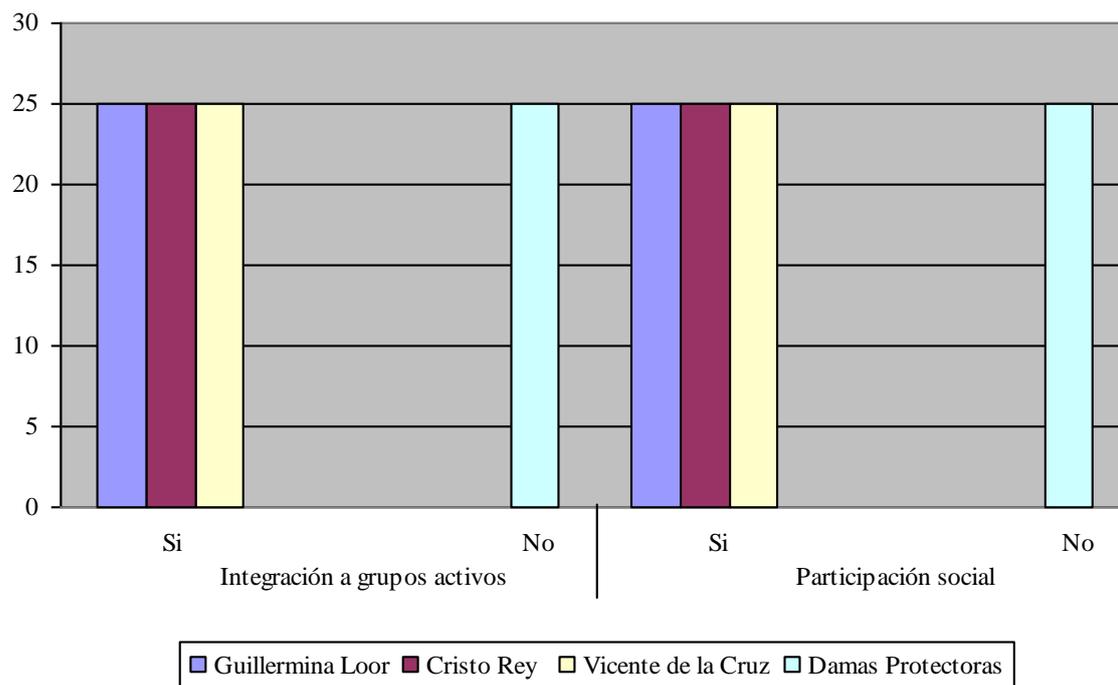
Centros asistenciales	Integración a grupos activos				Participación social			
	Si		No		Si		No	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Guillermina Loor	1	25	0	0	1	25	0	0
Cristo Rey	1	25	0	0	1	25	0	0
Vicente de la Cruz	1	25	0	0	1	25	0	0
Damas Protectoras	0	0	1	25	0	0	1	25
Total	3	75	1	25	3	75	1	25

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Johanna García - María

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

SATISFACCIÓN SOCIAL QUE RECIBEN LOS ANCIANOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES EN LA CIUDAD DE PORTOVIEJO - OCTUBRE 2004 / MARZO 2005



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL CUADRO Y GRÁFICO No. 16

En el presente gráfico se observa que los centros asistenciales existen integración activa y participación social en un 75%, a excepción del centro Damas Protectoras que no cuenta con estos organismos.

Lo que indica que reciben visita de unidades educativa, las mismas que sirven de apoyo a la terapia ocupacional donde pasan momentos en unión a sus compañeros.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Una vez realizada la investigación sobre “Calidad de Atención que reciben los geriátricos que se encuentran en los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo durante Octubre 2004-Marzo 2005” se establecieron las siguientes conclusiones:

- * Que los ancianos que acuden a los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo tienen poco conocimiento sobre sus derechos y la ley de protección que los ampara y que el trato familiar se muestra por debajo del 50% llamando la atención que existe maltrato físico y discriminación en un menor porcentaje.
- * Los centros asistenciales reciben un presupuesto del MBS en mínima cantidad y para subsistir dependen de otros organismos no gubernamentales.
- * La demanda de las edades de los ancianos en el Guillermina Loores es de 81 años y más con 43%, en el Cristo Rey con las edades de 71-75 con 43%, Vicente de la Cruz en las edades de 71-75 años y 81 años y más con 44% y Damas Protectoras de la Ancianidad las edades de 65-70 años con 31%. El sexo que predomina en los centros asistenciales es el masculino con más del 50%.
- * La morbilidad presente en los ancianos que asisten en los centros asistenciales están los problemas respiratorios y la hipertensión arterial por encima del 40% y en un % menor la diabetes y la escabiosis.

- * El 40% de los ancianos son desempleados por lo que no cuentan con recursos económicos suficientes para solventar los gastos de alimentación, vestuario, médico, entre otros.
- * Que los centros asistenciales no cumplen con los requisitos que deben tener un centro gerontológico en cuanto a estructura, características físicas y servicios básicos, esto debe ser normatizado por el MBS.
- * El personal disponible por anciano es deficiente según los estándares de calidad del MBS, que deben de tener los centros asistenciales.
- * La atención médica y personal de salud es deficiente y de mala calidad reflejándose en un 25% demostrándose que los centros no cuentan con un equipo de salud completo aún menos lo mínimos que indica las bibliografías.
- * El anciano asiste a un control médico en forma subsecuente cuando presentan morbilidad y la atención odontológica cuando existe patologías.
- * Los centros asistenciales en mínimo porcentaje tienen integración y participación social, solo el 100% lo tiene el Guillermina Loor debido a que reciben visitas de unidades educativas tanto primarias, secundarias y superior.
- * Los centros asistenciales que tiene mejor organización en la atención y dedicación hacia los geriátricos fueron en el Cristo Rey y el Vicente de la Cruz.

RECOMENDACIONES

- * Que se brinde capacitación continua al personal encargado de los centros asistenciales para mejorar la calidad de atención.

- * Que se implemente el área física de los centros asistenciales para así brindar una mejor atención.

- * Que el MBS organice y supervise las actividades que se desarrollan en los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo.

- * Que los centros asistenciales tengan el proyecto de intervención de enfermería como guía al momento de ingreso del geriátrico.

- * A la escuela de Enfermería que se realice experiencia clínica en los centros asistenciales, debido a que existe en el pénsum de estudio la salud mental y se debe complementar con la enseñanza práctica.

- * A todos los miembros de la comunidad que se vinculen en la participación a los centros asistenciales como gestor social, económico y a los profesionales de salud que brinden atención a la clase más desprotegida como son los geriátricos en coordinación con las instituciones.

BIBLIOGRAFÍA

- F. GUILLÉN. LLERA y J. PÉREZ DEL MOLINO Martín.- Síndromes y Cuidados en el paciente geriátrico, 1994.
- VENERANDA Lucía.- Situación de los Ancianos en el Ecuador, Quito-Ecuador 1998.
- M. QUINTANILLA Martín.- Enfermería Geriátrica, Tomo I-II, Barcelona-España.
- I. RUIPÉREZ Cantera, P. LLORENTE Domingo.-Auxiliares y Cuidadores de Ancianos, Impreso en Colombia, 1997.
- SALAZAR Fernando y DR MARTÍNEZ.- Gerencia de Calidad en Salud, Edición I, OPS, Quito-Ecuador, 1994.
- MALAGÓN Gustavo, GALÁN MOREIRA Richard, PONTÓN Gabriel.- Garantía de Calidad en Salud, Editorial Médica Internacional, Impreso en Colombia-Bogotá, Primera reimpresión 2001.
- www.webislam.com.../chauen/ancianos.jpg.aupec mafalda.
- [www.amizade.org/archives/news 5. Htm](http://www.amizade.org/archives/news%205.htm)-7k.
- [www.blackhawk center.org/filosofía-esp.htm](http://www.blackhawkcenter.org/filosofia-esp.htm)-28k.
- www.europolis.cc/vedeman.asp-175k.
- www.iclab.it/html/manera/Lozano.htm-10k.
- [dmKarp americas tripod.com/David Mkarp/d 22htm](http://dmKarp.americas.tripod.com/DavidMkarp/d22.htm).
- Dit Ancianos, Prevención del Envejecimiento, del rechazo y el abandono del Anciano.
- www.fundacioninfosalud.org/anciano/-6k.

- www.fcs.udc.es/web-to/terapia/curso-a405/guía/2cursospdf.
- www.ondasalud.com/edición/noticia/0.2458,113105,00.htm/-46k-5 abril 2005.
- www.unex.es/enfermería/inf/-académica/asignatura/enfermeríageriátrica-3htm-13k.
- www.imss.gob.mx/NR/rdon/yres/calidad-cs56.pdf.
- www.laguna-cc.org/cuidados/ybenes-geriátrico-atención.htm/-9k.
- www.esmas.com/.../adultos mayores/415276.htm/.

SUMMARY

The present research work is descriptive type, by means of the variables were studied outlined to know the quality of attention that the geriatrics receive in the attendance Centers of Portoviejo, according to the Pattern DOPRI.

The universe is constituted by geriatrics, they attend to the assistance centers, and the sample is 98 old men, in the different Centers.

* Asylum Guillermina Llor de Moreno	23 old men
* Asociación de Damas Protectoras de la Ancianidad	22 old men
* Fundación Cristo Rey	44 old men
* Harbor Vicente de la Cruz	9 old men

The general objective was to establish the quality of attention that the geriatrics receives in the assistance centers of Portoviejo city during the period October 2004 to March 2005, to achieve the adaptation of the methods, surveys and observation guide.

To evaluate the demand there are considered the population's general characteristics.

The offer was measured through the available personnel/old man. The process was evaluated by means of the quality of attention to the old man being observed that it was deficient.

The result was evaluated based on the number of attention received during the month and available resources.

The impact was evaluated by means of a survey applied to the geriatrics, getting the attention that a high percentage of dissatisfaction exists in the different Centers.

The activities chronogram had modifications and testimony of the consulted bibliography is left. The study allowed specifying the quality of attention that the centers gives to the geriatrics like INADEQUATE.

CAPÍTULO VI

ANEXOS

ANEXO # 1

GUÍA DE OBSERVACIÓN

DIRIGIDA A LOS CENTRO ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE
PORTOVIEJO

1. EL CENTRO ASISTENCIAL SE ENCUENTRA UBICADO EN:

LOMA ()

PLANA ()

SECTOR INUNDABLE ()

2. PELIGROS POTENCIALES

PIZOS DESLIZANTES ()

SIN BARANDALES ()

3. LOS SERVICIOS BÁSICOS SON

BUENO ()

REGULLAR ()

MALOS ()

4. ¿EXISTEN ÁREAS DE RECREACIÓN?

EXISTEN () NO EXISTEN ()

5. ESTRUCTURA ORGÁNICA Y FUNCIONAL

FLUXOGRAMAS DE ATENCIÓN

EXISTEN () NO EXISTEN ()

ORGANIGRAMAS

EXISTEN () NO EXISTEN ()

MANUAL DE FUNCIONES TÉCNICAS

EXISTEN () NO EXISTEN ()

POLÍTICAS

EXISTEN () NO EXISTEN ()

PLANES

EXISTEN () NO EXISTEN ()

PROGRAMAS

EXISTE () NO EXISTE ()

OBJETIVOS

EXISTE () NO EXISTE ()

MISIÓN

EXISTE () NO EXISTE ()

VISIÓN

EXISTE () NO EXISTE ()

ANEXO # 2

ENCUESTA

DIRIGIDA AL PERSONAL RESPONSABLE DE LOS CENTROS
ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO QUE BRINDAN APOYO
AL ANCIANO.

1. EL CENTRO ASISTENCIAL RECIBE APOYO

SI ()

NO ()

2. QUÉ INSTITUCIONES

MBS ()

MSP ()

FUERA DEL PAÍS ()

DENTRO DEL PAÍS ()

OTROS ().....

3. ¿CUÁNTAS PERSONAS DISPONIBLES POR ANCIANO HAY?

1 PERSONA PARA 5 ANCIANOS ()

1 PERSONA PARA 6-10 ANCIANOS ()

1 PERSONA PARA 11-15 ANCIANO ()

1 PERSONA PARA + DE 20 ANCIANO ()

4. ¿EXISTE EQUIPO DE SALUD EN EL CENTRO ASISTENCIAL QUIÉNES?

- MÉDICO

SI ()

NO ()

- ENFERMERA PROFESIONAL SI () NO ()

- AUXILIAR DE ENFERMERIA SI () NO ()

- FISIOTERAPISTA SI () NO ()

5. ¿EXISTE PERSONAL DE APOYO MÉDICO QUIÉNES?

NUTRICIONISTA SI () NO ()

PSICÓLOGO SI () NO ()

TRABAJADORA SOCIAL SI () NO ()

ODONTÓLOGO SI () NO ()

6. ¿TIENEN REGISTROS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS ANCIANOS?

SI () NO ()

7. ¿CUÁNTAS VECES RECIBEN LA ALIMENTACIÓN LOS ANCIANOS?

- 1-2 VECES AL DÍA ()

- 2-3 VECES AL DÍA ()

- 3-4 VECES AL DÍA ()

- 5 + VECES AL DÍA ()

8. ¿QUÉ TIPO DE DIETA REALIZAN PARA LOS ANCIANOS?

DIETA NORAML ()

DIETA ESPECIAL ()

ANEXO # 3

ENCUESTA

DIRIGIDA A LOS ANCIANOS QUE SE ENCUENTRAN EN CENTROS
ASISTENCIALES DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO.

Esta entrevista forma parte de una investigación para dar a conocer cuál es la calidad de atención que les brindan los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo a los ancianos.

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

EDAD	SEXO
65-70 AÑOS ()	MASCULINO ()
71-75 AÑOS ()	
76-80 AÑOS ()	FEMENINO ()
81 + AÑOS ()	

2. ¿QUÉ ENFERMEDAD PRESENTA USTED?

DIABETES ()

HIPERTENSIÓN ARTERIAL ()

ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES ()

ARTROSIS ()

VÁRICES ()

ESCABIOSIS ()

PROBLEMAS RESPIRATORIOS ()

3. OCUPACIÓN

TRABAJA ()

JUBILADO ()

OTROS ()

4. NIVEL SOCIOECONÓMICO

< 50 DÓLARES ()

50 – 100 DÓLARES ()

100 – 150 DÓLARES ()

150 – 200 DÓLARES ()

>200 DÓLARES ()

5. CONOCE LOS DERECHOS DE LOS ANCIANOS.

SI () NO ()

6. SABE USTED QUE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA ES UN DOCUMENTO NECESARIO PARA SU EXONERACIÓN.

SI () NO ()

7. TIENE USTED CARNET DE LA TERCERA EDAD.

SI () NO ()

8. SABE USTED QUE EL 50% DEL COSTO EN CUALQUIER TIPO DE TRANSPORTE ES EXONERADO.

SABE () NO SABE ()

9. SABE USTED QUE SE EXONERA EL 50% DE LAS NECESIDADES BÁSICAS.

SABE () NO SABE ()

10. RECIBE MALTRATO FÍSICO POR PARTE DE ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA.

SI () NO ()

11. USTED RECIBE IGUAL TRATO DENTRO DEL CONTEXTO FAMILIAR.

SI () NO ()

12. RECIBE RECHAZO POR PARTE DE ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA.

SI () NO ()

13. USTED RECIBE APOYO FAMILIAR

SI () NO ()

14. RECIBE CUIDADO POR PARTE DE SU FAMILIA

SI () NO ()

15. NÚMERO DE ATENCIONES RECIBIDAS AL MES

MÉDICAS PRIMERA () SUBSECUENTE ()

ODONTOLÓGICAS PRIMERA () SUBSECUENTE ()

16. QUÉ TIEMPO ESPERA PARA SER ATENDIDO

+ DE 1 HORA

1 HORA

- DE 1 HORA

17. A QUÉ UNIDAD DE SALUD ACUDE CUANDO ESTÁ ENFERMO.

HOSPITALES ()

IESS ()

PARTICULAR ()

INSTITUCIÓN ()

18. ¿LA RECUPERACIÓN DE SU SALUD ES?

MEDIATA ()

INMEDIATA ()

19. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS ANCIANOS

100% INSATISFECHO ()

50% INSATISFECHO ()

- 50% SATISFECHO ()

PROYECTO

TEMA:

**PROYECTO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LOS
GERIÁTRICOS QUE SE ENCUENTRAN EN LOS CENTROS
ASISTENCIALES.**

INTRODUCCIÓN

Considerando los resultados de la investigación realizada pudimos determinar que los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo no brindan una buena calidad de atención a los ancianos ya que ellos tienen derecho a la salud y es necesario que estos centros cuenten con un personal vocacionado y preparado con el fin de dar una buena asistencia y a contribuir a su estado de salud.

Por tal motivo las investigadoras realizamos un proyecto de intervención de Enfermería para los geriátricos que se encuentran en los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo.

JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de intervención de enfermería tiene como fin mejorar la calidad de atención que se les brindan a los ancianos que acuden a los centros asistenciales tomando en consideración los resultados que se obtuvieron de la investigación realizada en dichos centros, cuya finalidad es buscar cambios para de esta forma ofrecer un mejor servicio y así mejorar la calidad de atención que se les brinda a los ancianos.

Al término de nuestro trabajo investigativo dejamos elaborado un proyecto de intervención de enfermería para los geriátricos con la finalidad de cumplir con uno de los objetivos de la investigación, ya que los ancianos deben ser tratados con respeto y dignidad por las personas que lo atienden y los cuidan.

OBJETIVOS

GENERAL

- * Dar a la comunidad geriátrica intervenciones de Enfermería para que sean atendidos como entes bio-psicosocial.

ESPECÍFICOS

- * Brindar atención apropiada al anciano según las escalas de valoración del paciente geriátrico.
- * Evitar que la comunidad geriátrica por parte del equipo multidisciplinario tenga preferencias.
- * Identificar la infraestructura básica de los centros asistenciales de la ciudad de Portoviejo

PROYECTO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LOS GERIÁTRICOS QUE SE ENCUENTRAN EN LOS CENTROS ASISTENCIALES

Definición.- Unidad asistencial que presta asistencia integral y continuada a los mismos con pruripatología con tendencia a la incapacidad con problemática social.

CARACTERÍSTICAS

Funcionamiento.- Funcionará generalmente en horarios diurnos.

Asistencia continuada.- El geriátrico podrá asistir en forma periódica y según las necesidades.

Atención por el equipo multidisciplinario.- Debe haber un equipo formado por distintos profesionales (médico geriatra, enfermera, auxiliar de enfermería, terapeuta ocupacional, trabajadora social, celador, conductor, entre otros).

Participación y colaboración familiar.- Indispensable para su buen funcionamiento.

Estructuras e instalaciones.- Debe haber:

- ❖ Sala de actividades de terapia ocupacional
- ❖ Sala comedor
- ❖ Sala de baños-duchas
- ❖ Sala de consulta médica
- ❖ Sala de enfermería
- ❖ Sala de valoración y aplicación de tratamientos especiales
- ❖ Sala de trabajo social

- ❖ Sala de cocina
- ❖ Bodega

Patologías más frecuentes

- Accidentes cerebro vasculares en períodos de rehabilitación
- Fracturas principalmente de cadera
- Amputaciones
- Enfermedad de Parkinson
- Artrosis con limitaciones funcional
- Diabetes – hipertensión arterial
- Úlceras cutáneas de evolución tórpida
- Procesos cardiorrespiratorios con reingresos frecuentes

FUNCIONES DE LA ENFERMERA

- Preparar un comité de bienvenida en el que deben estar presentes el personal del centro al momento de llegada del anciano.
- Orientar al anciano y acompañarlo a la habitación y ayudar a instalarse, mostrarle donde se encuentra los interruptores, el baño y como puede comunicarse con el personal.
- Comprobar si el anciano no tiene discapacidad que pueden interferir en el correcto uso de los mismos.
- Realizar inventario del tipo de número de prótesis que utiliza gafas, audífonos, dentadura, bastón, etc. procediéndose a la identificación del mismo.

- Elaborar una historia clínica, especificar en ella si sirven algún tipo de régimen alimenticio especial para transmitirlo a la cocina y se informa el horario de comidas.
- Valorar el estado físico, psíquico emocional y social no olvidar el motivo que han impulsado a solicitar su ingreso.
- Elaboración de un plan nutricional y supervisión en la dieta diaria de alimentos.
- Colaborar y supervisión de actividades desarrolladas en la sala de terapia.

ACTIVIDADES DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA

El auxiliar de enfermería es uno de los profesionales que contribuye a mejorar o a mantener el nivel de salud y autovalimiento del enfermo.

- Recibir y despedir a los enfermos, recoger las notas que envían los familiares y la medicación en cada enfermo.
- Ayuda y supervisa en la higiene y aseo personal.
- Ayuda y supervisión en el WC, colaborar con la enfermera en planes de reducción de incontinencia.
- Ayuda y supervisión en la alimentación y toma de fármacos orales.
- Ayuda y supervisión en la deambulación.
- Colaboración en las actividades desarrolladas en la sala de terapia ocupacional.
- Colaboración con la enfermera en la realización de técnicas, curas, sondajes.
- Recogida de muestras de heces, orina.
- Detección de problemas mediante la observación.

- Apoyo psicológico.
- Hacer las camas y vigilar la limpieza de las habitaciones.
- Recoger y disponer la ropa usada y enviarla a la lavandería.
- Comunicar al médico responsable los signos que llamen su atención o las manifestaciones espontáneas de los enfermos sobre sus síntomas.

ESCALA DE VALORACIÓN GERIÁTRICA

La valoración geriátrica se define como la cuantificación de atributos y déficit importantes, médicos funcionales y psico-sociales con el fin de elaborar un plan racional de tratamiento y utilización de recursos.

Para las valoraciones del paciente a su ingreso en la unidad debemos conocer y manejar con soltura las escalas de valoración ya existentes y más utilizadas: escala de Cruz Roja física y mental, escala de Norton. Del conocimiento y uso correcto de las escalas se pueden derivar decisiones adecuadas para las necesidades de cada paciente.

ESCALA DE BARTHEL

La puntuación total de máxima independencia es de 100 puntos y la de máxima dependencia de 0.

ALIMENTACIÓN	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de usar cualquier cubierto, come en un tiempo razonable.
5	AYUDA. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.
0	DEPENDIENTE
BAÑO	
5	INDEPENDIENTE. Se lava completo en ducha o baño o se aplica la esponja por todo el cuerpo, entra y sale del baño, puede hacerlo todo sin que haya una persona.
0	DEPENDIENTE
VESTIDO	
10	INDEPENDIENTE. Se viste, se desnuda y se abrocha la ropa, se ata los zapatos.
5	AYUDA. Necesita ayuda pero realiza al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
0	DEPENDIENTE
ASEO PERSONAL	
5	INDEPENDIENTE. Se lava la cara, las manos, los dientes, etc. se afeita y maneja el enchufe, si usa máquina eléctrica.
0	DEPENDIENTE.
DEPOSICIÓN	
10	CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia, si necesita enemas o supositorios se arregla por sí solo.
5	INCONTINENCIA OCASIONAL. Presenta episodios ocasionales de incontinencias, necesita ayuda para el empleo de enemas o supositorios.
0	INCONTINENCIA.

MICCIÓN	
10	CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia , si necesita sondas o colector, atiende a su cuidado por sí solo.
5	INCONTINENCIA OCASIONAL. Presenta episodios ocasionales de incontinencia o necesita ayuda para el empleo de sonda o colector.
0	INCONTINENTE.
USO DEL RETRETE	
10	INDEPENDIENTE. Usa el retrete, bacinilla o cuña, se sienta y se levanta sin ayuda se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda.
5	AYUDA. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse y ponerse la ropa.
0	DEPENDIENTE.
TRASLADO SILLÓN-CAMA	
15	INDEPENDIENTE. No necesita ninguna ayuda, si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.
10	MÍNIMA AYUDA. Necesita una ayuda o supervisión mínima.
5	GRAN AYUDA. Es capaz de sentarse, pero necesita asistencia total para el traslado.
0	DEPENDIENTE.
DEAMBULACIÓN	
15	INDEPENDIENTE. Puede caminar independientemente al menos 50 metros aunque se ayuda de bastón, muletas, prótesis o andador sin ruedas
10	AYUDA. Puede caminar al menos 50 metros pero necesita ayuda o supervisión.
5	INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.
0	DEPENDIENTE.
ESCALONES	
10	INDEPENDIENTE. Es capaz de subir o bajar escaleras sin ayuda o supervisión aunque requiere dispositivos como muletas o bastones o se apoya en la barandilla.
5	AYUDA. Necesita ayuda física o supervisión.

0 **DEPENDIENTE**

ÍNDICE DE KATZ

Son siete grupos de máxima independencia a máxima dependencia.

LAVADO

<input type="checkbox"/> No recibe ayuda entra y sale de la bañera por sí mismo, si está en su forma habitual de bañarse.	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda en la limpieza de solo una parte del cuerpo (espalda o piernas).	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda en el aseo de más de una parte del cuerpo o ayuda al entrar o salir de la bañera.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VESTIDO

<input type="checkbox"/> Coge la ropa y se viste completamente sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Sin ayuda excepto para atarse los zapatos.	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela o permanecer parcialmente vestido.
---------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

USO DE RETRETE

<input type="checkbox"/> Va al retrete, se limpia y se abrocha la ropa sin ayuda, puede usar orinal o bacinilla por la noche, vaciándose por la mañana.	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, abrocharse la ropa o en el uso nocturno del orinal.	<input checked="" type="checkbox"/> No va al retrete.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

MOVILIZACIÓN

<input type="checkbox"/> Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador)	<input checked="" type="checkbox"/> Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla sin ayuda.	<input checked="" type="checkbox"/> No se levanta de la cama.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

CONTINENCIA

<input type="checkbox"/> Controla completamente ambos esfínteres.	<input checked="" type="checkbox"/> Incontinencia ocasional.	<input checked="" type="checkbox"/> Necesita supervisión, usa sonda vesical o es incontinente.
-------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

ALIMENTACIÓN

<input type="checkbox"/> Sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan.	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente con sondas o líquidos intravenosos.
<input type="checkbox"/> Independiente	<input checked="" type="checkbox"/> Dependiente	

VALORACIÓN DE MEDICIÓN

- A. Independientemente en todas las funciones
- B. Independientemente en todas salvo en una de ellas
- C. Independientemente en todas salvo lavado y otra más.
- D. Independientemente en todas salvo lavado, vestido y otra más.
- E. Independientemente en todas salvo lavado, vestido, uso del inodoro y otras más.
- F. Independientemente en todas salvo lavado, vestido, uso del inodoro, movilización y otra más.
- G. Dependientemente en las seis funciones.

ESCALA DE VALORACIÓN FÍSICA CRUZ ROJA

Con seis grados de máxima independencia a dependencia.

- 0.** Se vale totalmente por sí mismo.
- 1.** Realiza las actividades de la vida diaria, deambula con alguna dificultad.
- 2.** Alguna dificultad para las actividades de la vida diaria, deambula con ayuda de bastón o similar.
- 3.** Dificultad grave para las actividades de la vida diaria, deambula con dificultad, ayudado por una persona, incontinencia ocasional.

4. Necesita ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria, incontinencia habitual.

5. Inmovilizado en cama o sillón, dependiente total, necesita cuidado continuo de enfermería.

ESCALA DE LAWTON

La puntuación de máxima independencia, es de ocho puntos y la de mayor dependencia de cero.

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
1	Utiliza el teléfono por iniciativa propia.
1	Es capaz de marcar bien algunos números familiares.
1	Es capaz de contestar al teléfono pero no de marcar.
0	No utiliza el teléfono.
COMPRAS	
1	Realiza todas las compras necesarias independientemente.
0	Realiza independientemente pequeñas compras.
0	Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.
0	Totalmente incapaz de comprar.
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
1	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.
0	Prepara adecuadamente las comidas, si se les proporcionan los ingredientes.
0	Prepara, calienta y sirve las comidas pero no sigue una dieta adecuada.
0	Necesita que le preparen y sirvan las comidas.
CUIDADO DE LA CASA	
1	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)
1	Realiza tareas ligeras como lavar los platos o hacer las camas.
1	Realiza tareas ligeras pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.
1	Necesita ayuda en todas las labores de la casa.
0	No participa en ninguna labor de la casa.

LAVADO DE LA ROPA	
1	Lava por sí solo toda su ropa
1	Lava por sí solo prendas pequeñas.
0	El lavado de toda la ropa corre a cargo de otra persona.
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
1	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.
1	Es capaz de coger un taxi pero no usa otro medio de transporte.
1	Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona.
0	Utiliza taxi o automóvil solo con ayuda de otros.
0	No viaja en absoluto.
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
1	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.
0	Toma su medicación si se le preparan la dosis previamente.
0	No es capaz de administrarse su medicación.
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
1	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.
1	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las compras grandes, Bancos.
0	Incapaz de manejar dinero.

TEST DE PFEIFFER

1. ¿A qué día estamos mes-día-año?.....
2. ¿A qué día de la semana estamos?.....
3. ¿En qué sitio nos encontramos?.....
4. ¿Cuál es su número de teléfono?.....
 Cuál es su dirección (si el paciente no tiene teléfono).....
5. ¿Qué edad tiene?.....
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?.....

7. ¿Cómo se llama su madre?.....
8. Si a 20 le quitamos 3, quedan.....
- Y si le quitamos 3 quedan.....
- Y si le quitamos 3 quedan.....

INTERPRETACIÓN

0-2 errores Funcionamiento intelectual normal

3-7 errores Funcionamiento intelectual deficitario, sospecha deterioro

8-10 errores Déficit intelectual severo

En los individuos con nivel de estudios primarios se permite un error más.

En los individuos con nivel de estudios superior un error menos.

ESCALA DE VALORACIÓN MENTAL DE CRUZ ROJA

GRADO

0- Totalmente normal

1- Ligera desorientación en el tiempo, puede mantenerse correctamente una conversación.

2- Desorientación en tiempo, olvidos ocasionales, trastornos del carácter, incontinencia ocasional.

3- Desorientación, no puede mantener una conversación lógica, confunde a las personas, trastorno del humor, incontinencia frecuente.

4- Desorientación, alteraciones mentales, claras, incontinencia habitual.

5- Vida vegetativa con o sin agresividad, incontinencia total.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SI	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4. ¿Se siente aburrido a menudo?	SI	no
5. ¿Está de buen tratante a mayor parte del tiempo	si	NO
6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SI	no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
8. ¿Se siente a menudo sin esperanza?	SI	no
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria?	SI	no
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	si	NO
12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SI	no
13. ¿Piensa que su situación es desesperada?	SI	no
14. ¿Se siente lleno de energía?	si	NO
15. ¿Cree que la mayoría de la gente esta mejor que usted?	SI	no

VALORACIÓN

0 – 5: normal

5 – 10: depresión moderada

+ 10: depresión severa

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

ACCIONES

PUNTOS CLAVES

Nutrición	<ul style="list-style-type: none">- La dieta recomendada debe ser hiper proteica e hiper calórica porque tiende a disminuir la actividad física, sexual y mental que se produce normalmente con el paso de los años, debe consumir hidratos de carbono, sobre todo frutas, verduras, legumbres y pastas.
Ejercicio	<ul style="list-style-type: none">- Los ejercicios favorecen la circulación sanguínea y evita la atrofia muscular, los ejercicios pasivos se realizan a los pacientes encamados y ayuda a evitar contratura pero no aumenta la fuerza ni el tono muscular; los ejercicios isométricos ayudan a conservar y mejorar el tono muscular, estos son las caminatas; los ejercicios isométricos son activos y aumentan la fuerza y el tono muscular mejora la movilidad, la duración debe estar entre 15 y 60 minutos y la frecuencia entre 3 y 5 veces.
Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none">- Estimula la actividad del anciano que se encuentra en estado de pasividad, letargia e inmóvil, cada anciano realizará ejercicios para evitar deformidades estos deben ser progresivos según su capacidad y resistencia como los ejercicios de hombros y brazos, de flexión y extensión, etc.
Cambios posturales	<ul style="list-style-type: none">- Consiste en variar de posición al paciente para que esté lo más confortable posible, se realizará de forma programada cada/día 2 a 3 horas en el día y la noche, no elevar la cabecera de la cama + de 30° para evitar deslizamientos que produzcan fricción.

Terapia ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> - Es esencial en el cuidado de las personas ancianas porque a través de diversas actividades aplicadas con fines rehabilitadores previene, mantiene la salud, favorece la restauración de la capacidad funcional así conseguir que el anciano se pueda valer por sí mismo el máximo tiempo dentro de su entorno como realizar manualidades, juegos, naipes, etc.
Higiene	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora el aspecto externo para mantener una imagen corporal, debe realizarse diariamente, en ancianos enfermos es frecuente que se lleve a cabo en la cama, para ello se cuidará la vestimenta, aspecto del cabello, boca, genitales, manos y pies.
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> - Los cuidados se centran en ayudarlo a superar las dificultades en la evacuación de heces y orina, se valorará la capacidad del paciente para identificar el servicio, ayudarlo a quitarse la ropa, sentarse en el inodoro, alcanzar y utilizar los utensilios para limpiarse y secarse.
Apoyo psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Las personas ancianas están sujetas a una gran cantidad de cambios y presiones que los predisponen a sufrir alteraciones mentales por ello es necesario brindarles apoyo, cuidado, ser comprensivos con ellos así se sentirán en familia, se les debe dar charlas educativas referente a los cambios que se van produciendo en ellos a medida que avanza su edad.

LEGISLACIÓN DEL ANCIANO

La Constitución Política de la República del Ecuador como norma rectora del ordenamiento jurídico, establece la forma de gobierno conforme a la voluntad y necesidad de los pueblos contiene normas de protección que se traducen en Derechos y Garantías igualitarios sin distinciones de edades biológicas a favor de todos los ecuatorianos y aún de extranjeros que habitan en nuestro territorio, quienes no pueden ser puestos fuera de la protección de las leyes, no distraídos de sus jueces naturales ni juzgados por actos no tipificados como delitos por el ordenamiento jurídico vigente.

Con este antecedente la Ley Especial del Anciano, como un Acto Legislativo expedido mediante Decreto N° 130 del 17 de Octubre de 1991 publicada en el Registro Oficial N° 806 de 6 de Noviembre del mismo año, se constituye en una norma de carácter obligatorio y permanente que versa sobre materia de interés particular y precautela los derechos económico-sociales, legales y de prestación integral de servicios médicos asistenciales, a favor de todas las personas mayores de 65 años de edad.

Como disposiciones fundamentales de esta ley encontramos que se garantiza el derecho a un mejor nivel de vida a las personas de la Tercera edad, asegurando su salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica gerontológico integral y los servicios sociales necesarios para que se le logre la reinsertación a su ambiente familiar y/o para que se mantenga como protagonistas sociales hasta el final de su dilatada existencia.

En aplicación obligatoria de la Ley del Anciano, mediante Decreto Ejecutivo N° 3437 de 17 de junio de 1992, se expide su Reglamento General, que determina el papel protagónico que tienen que desarrollar los diferentes organismos de ejecución y servicios públicos y privados creados en la Ley como son: EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES GERONTOLÓGICAS, la Procuraduría General del Anciano y la reestructuración orgánico-funcional de la Dirección Nacional de Gerontología, adscritos al Ministerio de Bienestar Social, quienes serán los organismos encargados de impulsar y llevar a la práctica entre otras las siguientes acciones de protección al anciano.

- Estimular la formación de agrupaciones de voluntarios con miras a establecer la Red Internacional de Tercera Edad.
- Impulsar programas de atención al anciano, coordinando con organismos públicos y privados para dotar de los servicios médicos de atención especializada en geriatría y gerontología.
- Efectuar campañas de promoción y difusión de la legislación del anciano con la finalidad de determinar roles de acción de entidades prestatarias de servicios y derechos de defensa de personas de edad avanzada, previstas en la ley del Anciano y en sus reglamentos.
- Incluir y aprobar programas docentes en Geriatría y Gerontología en los pónsums de estudios universitarios.
- Establecer procedimientos especiales de carácter civil y/o penal para que las infracciones cometidas en perjuicio de los ancianos sean sancionadas conforme a Derecho.
- Promover la revalorización, autoestima y capacidad residual del anciano.

- Evitar al aislamiento del anciano, posibilitando el desarrollo de actividades creativo-recreativas y de mantenimiento de funciones.
- Controlar el funcionamiento de los Centros gerontológico públicos y privados de conformidad con las disposiciones de los Decretos Ejecutivos N° 1669 de R. O. 392 de 11-III-1986 y 3437 de 17-VI- 1992 de R. I. 961 de 19-VI-1992.
- Ubicar a los ancianos indígenas, impedidos o ambulatorios en (Hogares) centros estatales o privados, previo los estudios sociales psicológicos y médicos legales.
- Realizar investigaciones Geronto-Geriátricas encaminadas a humanizar la ancianidad.
- Establecer mecanismos o acciones legales, administrativas y financieras para que se importen medicamentos con liberación de impuestos y derechos arancelarios para tratamientos especializados de los ancianos para la exoneración de toda clase de impuestos fiscales y municipales para la rebaja del 50% del valor de las tarifas aéreas y terrestres y en las entradas a los espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos y recreacionales a favor de todas las personas mayores de 65 años de edad.

Las acciones antes enunciadas sólo serán posibles con el apoyo decidido que puedan prestar las autoridades del Ministerio de Bienestar Social, encargado de la ejecución de la Legislación del Anciano y del Ministerio de Finanzas, de facilitar los recursos económicos previstos en la ley, constituidos por el valor equivalente al 10% del presupuesto general del ministerio de Bienestar Social y por otros recursos provenientes de préstamos internos o externos, donaciones, aportes y otras

contribuciones que serán manejadas por el FONDO NACIONAL DEL ANCIANO (FONAN) creado en la misma ley.

Ecuatorianos recordemos que: “La vejez no es una enfermedad, es la continuación de la vida” y, en la medida de que los organismos de ejecución de los servicios y derechos de los ancianos, comprendan su rol de acción específica que les compete desarrollar, la esperanza de una decorosa existencia para las personas de la Tercera Edad, se convertirían en MAS VIDA A LOS AÑOS Y NO MAS AÑOS A LA VIDA; caso contrario, habremos legislado sin fe en la defensa de los Derechos Humanos de la clase más necesitada del Derecho a la Seguridad Integral.

LEY ESPECIAL DEL ANCIANO

CONGRESO NACIONAL EL PLENARIO DE LA COMISIONES

LEGISLATIVA

Que debido a la crisis social y económica por la que atraviesa el país, el grupo de la tercera edad se enfrenta a graves problemas de marginalidad;

Que este importante grupo humano ya cumplió con sus deberes sociales y que, por lo mismo, le corresponde al Estado garantizarle el derecho a un nivel de vida que asegure la salud, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y servicios sociales necesarios para que continúe brindando su aporte al conglomerado social;

Que es imperativo establecer disposiciones legales, administrativas y financieras para proteger y garantizar la atención a la población de la tercera edad del país; y,

En uso de las facultades constitucionales, que le confiere el Art. 66 de la Constitución Política de la República del Ecuador, expide la siguiente:

LEY DEL ANCIANO

CAPÍTULO I

Disposiciones Fundamentales

Art. 1.- Son beneficiarias de esta ley las personas naturales, nacionales o extranjeras que acrediten por lo menos diez años de permanencia en el Ecuador y que han cumplido sesenta y cinco años de edad.

Art. 2.- El objetivo fundamental de esta ley es 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 geriátrica y gerontológico integral y los servicios necesarios para una existencia útil y decorosa.

Art. 3.- El estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos. Asimismo, fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana, con sujeción a la presente Ley, en especial a aquellas entidades, sin fines de lucro, que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarios gerontológico y otras actividades similares.

CAPÍTULO II

Organismos de ejecución y servicios

Art. 4.- Corresponde al Ministerio de Bienestar Social la protección del anciano, para lo cual, deberá fomentar las siguientes acciones:

Efectuar campañas de promoción de atención al anciano, en todas y cada una de las provincias del país;

Coordinar con la Secretaría Nacional de Comunicación Social, Consejos Provinciales, Consejos Municipales, en los diversos programas de atención al anciano;

Otorgar asesoría y capacitación permanente a las personas jubiladas o en proceso de jubilación;

Impulsar programas que permitan a los ancianos desarrollar actividades ocupacionales, preferentemente vacacionales y remuneradas estimulando a las instituciones del sector privado para que efectúen igual labor; y,

Estimular la formación de agrupaciones de voluntariado orientadas a la protección del anciano y supervisar su funcionamiento.

Art. 5.- Las instituciones del sector público y del privado darán facilidades a los ancianos que deseen participar en actividades sociales, culturales, económicas, deportivas, artísticas y científicas.

Art. 6.- El Consejo Nacional de Salud y las facultades de Medicina de las Universidades incluirán en el plan de estudios, programas docentes de gerontología que ejecutarán en los hospitales gerontológico y en las instituciones que presten asistencia médica al anciano y que dependen de los Ministerios de Bienestar Social y Salud Pública y en aquellas entidades privada que hayan suscrito convenios de cooperación con el Ministerio de Bienestar Social.

CAPÍTULO III

De los servicios

Art. 7.- Los servicios médicos de los establecimientos públicos y privados, contarán con atención geriátrica gerontológico para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías de los ancianos y su funcionamiento se regirá por lo dispuesto en la presente Ley, su Reglamento y Código de la Salud.

Art. 8.- Créase el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas, adscrito al Ministerio de Bienestar Social, con sede en la ciudad de Vilcabamba, provincia de Loja. Los fines y objetivos de dicha institución constatarán en el Reglamento de la presente Ley.

Art. 9.- Establécese la Procuraduría General del Anciano, como organismo dependiente del Ministerio de Bienestar Social, para la protección de los derechos económicos sociales y reclamaciones legales del anciano. Sus atribuciones constarán en el Reglamento.

Art. 10.- Los ancianos indigentes o que carecieren de familia, o que fueren abandonados, serán ubicados en hogares para ancianos, estatales o privados, los mismos que funcionarán de conformidad a esta ley y su Reglamento.

Art. 11.- En las reclamaciones alimenticias formuladas por los ancianos, el Juez de la causa fijará una pensión tomando en cuenta las reglas de la sana crítica. Esta reclamación podrá ser planteada únicamente en contra de aquellos parientes del anciano que tengan hasta el primer grado de consanguinidad con él.

Art. 12.- El monto de las donaciones registradas en el Ministerio de Bienestar Social, que efectúen personas naturales o jurídicas a instituciones o programas de atención a la población mayor de sesenta y cinco años, será deducible del impuesto a la renta conforme a la Ley.

Art. 13.- Los medicamentos necesarios para el tratamiento especializado, geriátrico y gerontológico, que no se produjeran en el país, podrán ser importados, libres del pago de impuestos y de derechos arancelarios, por las instituciones dedicadas a la protección y cuidado de los ancianos, previa autorización de los Ministerios de Bienestar Social y Salud.

Art. 14.- Toda persona de sesenta y cinco años con ingresos mensuales estimados de un máximo de tres salarios mínimos vitales o que tuviere un patrimonio que no exceda de los trescientos salarios mínimos vitales, estará exonerado del pago de toda clase de impuestos fiscales y municipales.

REFORMA: Suplemento R. O. N° 566 de 11 de Noviembre de 1994. El artículo 14 de esta Ley del Anciano dirá:

“Toda persona mayor de 65 años y con renta mensual estimada de un máximo de diez salarios mínimos vitales o que tuvieren patrimonio que no exceda de los mil salarios mínimos vitales, estará exonerada del pago de toda clase de impuestos fiscales, provinciales y municipales.

Si la renta o patrimonio excede las cantidades determinadas en el inciso primero, los impuestos únicamente se pagarán por la diferencia o excedente”.

Disposición Transitoria

Se condonan todos aquellos valores provenientes de tributos correspondientes a períodos pasados, que no hubieren sido cancelados, debiendo el Fisco, Los Consejos Provinciales y Municipios dar de baja a los respectivos títulos.

Dado en Quito, en la Sala de Sesiones del Plenario de las Comisiones Legislativas del Congreso Nacional del Ecuador, a los dieciocho días del mes de Octubre de mil novecientos noventa y cuatro.

Art. 15.- Las personas mayores de sesenta y cinco años gozarán la exoneración del 50% del valor de las tarifas aéreas nacionales y de las terrestres, de las entradas a espectáculos públicos culturales, deportivos, artísticos y recreacionales. Para obtener tal rebaja bastará presentar la cédula de ciudadanía.

Reformas El Congreso Nacional Considerando:

Que es necesario introducir reformas a la Ley del Anciano publicada en el Registro Oficial N°. 806 del 6 de Noviembre de 1991, a fin de alcanzar el cumplimiento eficaz de sus objetivos; y,

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, expide la siguiente:

LEY REFORMATORIA A LA LEY DEL ANCIANO

Art. 1.- En el artículo 15, de: "...áreas nacionales", agréguese: "...de los servicios médicos privados, cuyo cumplimiento supervisará el Ministerio de Salud Pública".

Art. 2.- En el artículo 14:

A continuación de "... fiscales y municipales", agréguese:"... incluyendo los concernientes a las operaciones de préstamos que efectúen, a su nombre, en el sistema Financiero Privado".

Agregase el siguiente inciso:

"Para la aplicación de este beneficio no se requerirá de declaración administrativa previa fiscal, provincial o municipal".

ARTÍCULO FINAL.- La presente Ley entrará en vigencia a partir de la fecha de su promulgación el Registro Oficial y prevalecerá sobre las que se opongán.

Dado en la ciudad de San Francisco de Quito, Distrito Metropolitano, en la Sala de Sesiones del Congreso Nacional del Ecuador, a los doce días del mes de Septiembre de mil novecientos noventa y seis.

CAPÍTULO IV

De la educación

Art. 16.- En el programa de estudios de los niveles primario y medio se incluirán temas relacionados con la población de la tercera edad. Los estudiantes del sexto curso de nivel medio podrán acogerse al trabajo de voluntariado en los hogares de ancianos del país, previa a la obtención del título de bachiller, como opción alternativa a otras actividades de carácter social.

Art. 17.- El Ministerio de Bienestar Social, creará incentivos a favor de las universidades para que preparen profesionales especializados en la atención a la población anciana.

Art. 18.- Las instituciones del sector público y aquellas que manejan fondos públicos, responsables de programas de desarrollo rural, incorporarán cuando así se justifique, proyectos especiales con su correspondiente financiamiento para asegurar el bienestar de la población rural anciana.

CAPÍTULO V

Del Financiamiento

Art. 19.- Para financiar los programas contemplados en esta Ley, créase “Fondo Nacional del Anciano” (FONAN) que estará constituido por:

- a) El equivalente al 10% del presupuesto general del Ministerio de Bienestar Social; y,
- b) Los recursos provenientes de préstamos internos o externos y de donaciones, aportes, contribuciones monetarias o en especies de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras.

Art. 20.- Del fondo señalado en el artículo anterior, se destinará hasta el 10% para el funcionamiento del Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas.

CAPÍTULO VI

De las Infracciones y Sanciones

Art. 21.- Se considerarán infracciones en contra del anciano, las siguientes:

- a) El abandono que hagan las personas que legalmente están obligadas a proteger y cuidarlo, de conformidad con el artículo 11 de la presente Ley;
- b) Los malos tratos dados por familiares o particulares;
- c) La falta e inoportuna atención por parte de las instituciones públicas o privadas previstas en esta Ley;
- d) La agresión de palabra o de obra, efectuada por familiares o por terceras personas; y,
- e) La falta del cuidado personal por parte de sus familiares o personas a cuyo cargo se hallen, tanto en la vivienda, la alimentación, subsistencia diaria, asistencia médica, como en su seguridad.

Art. 22.- Las infracciones señaladas en el artículo anterior serán sancionadas con:

Amonestación; y,

Multa

Art. 23.- Las personas a cuyo cargo se hallen los ancianos, que por primera vez cometieren las infracciones establecidas en el Art. 21 de esta Ley, serán amonestadas por el Juez de lo Civil, a petición de parte de lo cual dejará constancia en un acta, bajo prevenciones legales.

Art. 24.- Si los hechos señalados en el Art. 21 de esta Ley se competieren por segunda vez los familiares a cuyo cargo se hallen ancianos, serán sancionados con multas impuestas por el Juez de lo Civil, que oscilarán entre un salario mínimo vital, hasta diez salarios mínimos vitales generales, de acuerdo a la gravedad de los hechos los que serán ponderados por la sana crítica del Juez. Las multas que recauden serán depositadas en la cuenta del FONAN.

CAPÍTULO VII

De la Jurisdicción y Procedimiento

Art. 25.- Los jueces de lo Civil son competentes para conocer y resolver los reclamos de los ancianos formulados por sí mismos, por sus parientes o por intermedio de la Procuraduría General del Anciano.

Art. 26.- Las reclamaciones formuladas en la forma señalada en el artículo precedente, se tramitarán sumariamente con la citación a la parte demandada luego de lo cual se convocará a una Junta de conciliación a las partes, en la que se procurará resolver el reclamo. En esta Junta se presentarán todas las pruebas. De no obtenerse la conciliación, pasarán las siguientes 24 horas el caso a conocimiento de la Dirección Nacional de Gerontología del Ministerio de Bienestar Social, entidad que informará en el plazo máximo de tres días. Con el informe o sin él, el Juez procederá a dictar la resolución respectiva dentro de tres días, de la que se podrá apelar sólo en el efecto devolutivo.

CAPÍTULO VIII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- Para el ejercicio económico correspondiente a 1992 se destina la suma de 678 millones de sucres con cargo a las partidas que para el efecto cuenta el Ministerio de Bienestar Social.

SEGUNDA.- La Dirección Nacional de Gerontología del Ministerio de Bienestar Social, continuará planificando, conociendo, desarrollando y vigilando los programas diseñados para los ancianos, de acuerdo a la presente Ley.

ARTÍCULO FINAL.- El Presidente de la República dictará el Reglamento de esta Ley dentro del plazo de noventa días, contados desde su promulgación, conforme lo dispone la Constitución Política del Estado.

La presente Ley que tiene el carácter de especial, prevalecerá sobre todas las disposiciones legales que se le opongan y entrará en vigencia a partir de su promulgación en el Registro Oficial.

Dado en la ciudad de Quito, en la Sala de Sesiones del Plenario de las comisiones Legislativas del H. Congreso Nacional, a los diecisiete días.

DECRETO EJECUTIVO

Nº. 3437 DE R. O. 961

19 VI 92

CONSIDERANDO:

Que en el Registro Oficial 806 de 6 de Noviembre de 1991, se publicó la Ley del anciano; y,

En ejercicio de la potestad reglamentaria que le confiere la Constitución.

DECRETA:

EL SIGUIENTE REGLAMENTO GENERAL DE LA LEY DEL ANCIANO

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Art. 1.- Para demostrar la calidad de beneficiarios de la Ley del Anciano bastará con la presentación de la cédula de ciudadanía. Para el caso de los Jubilados del IESS y beneficiarios de montepío del Estado, se aceptará como documento alterno que identifique al anciano, el carné o credencial respectiva.

Los extranjeros probarán su calidad de beneficiarios, con su pasaporte o con el certificado de Registro de Extranjeros otorgado por el Departamento Consular del Ministerio de Relaciones Exteriores.

CAPÍTULO II

DE LOS ORGANISMOS DE EJECUCIÓN Y SERVICIOS

Art. 2.- El Ministerio de Bienestar Social es el responsable de la planificación, ejecución y coordinación de las políticas y acciones a favor de los ancianos.

Art. 3.- El Ministerio de Salud Pública, en el Plan de Medicina Rural, insertará un componente geriátrico, orientado a la investigación del envejecimiento y a la atención primaria e integral de los ancianos.

Art. 4.- El Ministerio de Industrias, Comercio, Integración y Pesca y el Consejo Nacional de sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes, facilitarán el trámite de importación de medicamentos de uso geriátrico, con liberación de gravámenes e impuestos, de conformidad con la Ley.

Art. 5.- El Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos, elaborará y mantendrá actualizada la lista de fármacos de uso geriátrico, para su expendio a bajo costo a favor de las personas mayores de 65 años de edad.

Art. 6.- El INEC y la Dirección Nacional de Servicios de Salud, anualmente, presentarán estadísticas de uso de los servicios de salud y de insumos médicos utilizados por las personas mayores de 65 años de edad.

Art. 7.- El Ministerio de Bienestar Social creará un fondo educativo a favor de las universidades, a fin de dotarles de recursos económicos específicos para el desarrollo de las investigaciones sobre el envejecimiento.

Art. 8.- Los Hospitales y Unidades Geriátricas del País, así como las demás instituciones que prestan asistencia médica, diseñarán conjuntamente con la Dirección Nacional de Gerontología, Programas a Nivel de Pre y Post Grado; y ésta, solicitará a las universidades del país, en coordinación con el CONUEP, que hagan constar en el pènsum de estudios, asignaturas relacionadas con la Gerontología y Geriatria.

Art. 9.- Los Centros y Subcentros del Ministerio de Salud Pública y las Unidades Médicas del IESS establecerán servicios de atención primaria geriátrica, bajo la modalidad de consulta externa, atención domiciliaria y educación geriátrica gerontológico.

Art. 10.- La Dirección Nacional de Gerontología es el órgano encargado de planificar, conocer, desarrollar y vigilar los Programas diseñados para los ancianos; de acuerdo con la Ley y este Reglamento.

Sus atribuciones y funciones serán las siguientes:

- a) Actuar como Ente regulador de toda actividad gerontológico, tanto del sector público como del privado;
- b) Establecer un sistema nacional de atención al anciano, considerando sus niveles, dentro de los servicios sanitario asistenciales;
- c) Participar en la dirección, asesoría, constitución y funcionamiento de los Centros de Atención Especializada de los Ancianos, orientando sus fines y objetivos, de acuerdo a los principios generales de las geociencias;
- d) Realizar estudios para el establecimiento de retos de apoyo social y sanitario;
- e) Realizar estudios de factibilidad para la realización de programas integrados de prevención y control de enfermedades crónicas;
- f) Implementar programas nacionales de formación docente en geriatría y gerontología, en coordinación con el Consejo Nacional de Salud, el CONUEP, las facultades de medicina del país, Fuerzas Armadas y la Junta de Beneficencia;
- g) Incluir programas y proyectos en sus planes operativos y manuales orgánico funcionales orientados a fortalecer los talleres recreacionales, ocupacionales, autogestionarios y protegidos, fomentando las agrupaciones de voluntariado en coordinación con las actividades que desarrolla el Departamento Nacional de la Tercer Edad del IEES.

- h)** Crear un fondo económico específico con el Departamento Nacional de la Tercera Edad del IEES a efectos de financiar concursos artísticos, culturales, científicos y recreativos, reconociendo las realizaciones de los ancianos en estos concursos;
- i)** Crear una Sección de Atención a los ancianos en el Sector Rural, en coordinación con la subsecretaría de Desarrollo rural integral del Ministerio de Bienestar Social y con el Seguro Campesino del IEES.
- j)** Desarrollar actividades de ocupación remunerada para las personas mayores de 65 años de edad, implementando convenios de cooperación con entidades públicas y corporaciones de derecho privado, prestatarios de servicios médicos, asistenciales y de otra índole.
- k)** Otorgar la calificación y los respectivos permisos de operación a las entidades públicas y privadas que deseen atender a los ancianos, en los que constarán obligatoriamente niveles de atención médico asistencial integral; para lo cual se establecen las siguientes clases de centros:
- Clubes y Asociaciones;
 - Centros Geriátricos;
 - Centros Gerontológico; y,
 - Otros

Determinar la calidad de ancianos desprotegidos, abandonados e impedidos, mediante el respectivo estudio social, médico y psicológico y, disponer el ingreso del anciano a uno de los Centros de Protección;

- l) Estimular y fomentar en la comunidad grupos de voluntariado que contribuyan a la atención y cuidado del anciano; y,
- m) Los demás que se le asignen.

CAPÍTULO III

DEL INSTITUTO NACIONAL

DE INVESTIGACIONES GERONTOLOGICAS

Art. 11.- El Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas (INIGER), es el órgano ejecutor de las acciones de investigación y capacitación relativas al envejecimiento, tendrá la jerarquía de Dirección Nacional y sus funciones constarán en el orgánico funcional aprobado por el Ministerio de Bienestar Social.

Art. 12.- El INIGER tendrá los siguientes fines:

- a) Realizar estudios e investigaciones de carácter económico y médico social a nivel nacional, encaminados a humanizar la ancianidad;
- b) Establecer investigaciones geronto geriátricas, tales como: clínico-epidemiológico, estado nutricional de los ancianos, enfermedades neurológicas, problemas visuales, determinación de indicadores de diagnóstico y evaluación de riesgo; y,
- c) Realizar investigaciones sobre evaluación de tecnologías Gerontológicas.

Art. 13.- El INIGER tendrá los siguientes objetivos:

- a) Asesorar, desarrollar y promover actividades de carácter científico, investigativo y de capacitación en materia geronto geriátrica.
- b) Mantener registros estadísticos para el desarrollo de políticas preventivas, curativas y de rehabilitación de los ancianos;
- c) Realizar publicaciones y difundir investigaciones científicas sobre el envejecimiento a nivel local, nacional e internacional; y,
- d) Canalizar recursos nacionales e internacionales que promuevan la capacitación de personal y el impulso de las investigaciones geronto-geriátricas.

CAPÍTULO IV

DE LA PROCURADURÍA GENERAL DEL ANCIANO

Art. 14.- La Procuraduría General del Anciano, como organismo dependiente del Ministerio de Bienestar Social, funcionará en la ciudad de Quito, con la autonomía que requiera para su gestión.

Tendrá la categoría de Dirección Nacional y contará con un Procurador General.

Art. 15.- Corresponde a la Procuraduría General del Anciano:

- a) Establecer políticas, planes, programas, objetivos, y procedimientos referentes a la defensa del anciano;
- b) Intervenir en todas las instancias en las que se requiera, para la defensa de las personas de la tercera edad;
- c) Cumplir con las obligaciones inherentes a los Procuradores Judiciales;

- d) Presentar al Ministerio de Bienestar Social proyectos de reformas a la Ley y observaciones sobre la correcta aplicación y cumplimiento de la legislación del anciano;
- e) Comisionar el ejercicio de sus funciones y la práctica de cualquier diligencia a favor de funcionarios públicos, para la defensa de los derechos de las personas ancianas; y,
- f) Velar por el cumplimiento de las disposiciones de la Ley del Anciano y de su Reglamento de Aplicación.

CAPÍTULO V

DEL FINANCIAMIENTO

Art. 16.- Para el manejo económico del Fondo Nacional del Anciano, concédase autonomía financiera a la Dirección Nacional de Gerontología y a la Procuraduría General del Anciano, organismos que crearán mecanismos de control, seguimiento y evaluación de las acciones económicas de acuerdo a la técnica moderna y a las disposiciones de la LOAFYC.

Art. 17.- El Ministerio de Bienestar Social, mantendrá los recursos previstos en el artículo 19 de la Ley del Anciano en una cuenta a cargo del Director Nacional de Gerontología y del Tesoro de la Procuraduría General del Anciano.

Art. 18.- Para el cumplimiento de lo dispuesto en el Art. 17 de este reglamento, el Ministerio de Finanzas y Crédito Público, movilizará trimestralmente a la cuenta del Fondo Nacional del Anciano, los recursos económicos pertinentes, y tratándose del primer trimestre lo hará hasta el 30 de enero de cada año.

Art. 19.- La Dirección Nacional de Gerontología, subvencionará hasta el 40% de los gastos de alimentación, medicinas y mantenimientos de los servicios de atención al anciano en los hogares de protección que mantengan convenios de cooperación con el Ministerio de Bienestar Social.

Art. 20.- Las personas referidas en el Art. 12 de la Ley, que tengan interés en donar bienes, sea en especie o en dinero, lo podrán hacer en nombre del Ministerio de Bienestar Social. Si dicha donación se la efectiviza en dinero se depositará directamente en la cuenta en el Fondo Nacional del Anciano, y, en todo caso, se levantará una acta de entrega-recepción, especificando el propósito, el monto y el beneficiario de la donación. Se prohíbe realizar donaciones a nombre de algún directivo, funcionario o personal del voluntariado del Ministerio de Bienestar Social.

CAPÍTULO VI

DE LOS ANCIANOS IMPEDIDOS

Art. 21.- Los ancianos calificados como impedidos por la Dirección Nacional de Gerontología, tienen derecho a recibir los siguientes servicios y beneficios de orden legal, económico y social:

- a) Contar con la defensa de la Procuraduría General del Anciano.
- b) Recibir preferente atención geronto-geriátrica, para su readaptación social;
- c) Obtener y conservar un trabajo digno, una ocupación útil, productiva y remunerativa de acuerdo a sus posibilidades;
- d) Vivir en el seno de su familia o en el lugar que lo sustituya; y,

- e) Obtener en forma gratuita, aparatos mecánicos de órtesis y prótesis a cargo del Ministerio de Salud Pública, en el caso de ancianos no protegidos y del IEES en el caso de asegurados por su régimen.

Art. 22.- La Dirección Nacional de Gerontología, con su red de talleres ocupacionales y recreativos, y el Departamento de la Tercera Edad del IEES, permitirán a los ancianos impedidos desarrollar actividades productivas, siempre y cuando dichas personas sean aptas para el ejercicio de esas actividades.

Art. 23.- La Dirección Nacional de Gerontología y el Departamento Nacional de la Tercera Edad del IEES posibilitarán la creación de talleres protegidos para los ancianos impedidos, con la debida vigilancia médico profesional y bajo condiciones especiales que les permitan la adaptación al trabajo.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- Encárguese a la Dirección Nacional de Gerontología y a la Procuraduría General del Anciano, en coordinación con la SENAC, el IEES y otras entidades públicas, la difusión de la Legislación del Anciano, mediante impresión de publicaciones especiales y periódicas, campañas promocionales y seminarios de concientización a nivel de todas las empresas prestatarias de servicios médico-asistenciales y de defensa de los ancianos.

SEGUNDA.- El Ministerio de Bienestar Social, a través de la Dirección Nacional de Gerontología, creará incentivos a favor de las entidades que se distingan en la eficiente prestación de servicios a los ancianos.

TERCERA.- La exoneración de los impuestos fiscales y municipales que prescribe el Art. 14 de la Ley se entenderá que procede en forma individual para cada cónyuge. Su incumplimiento dará lugar a las acciones legales que prescribe al Art. 21 de dicha Ley.

CUARTA.- La Dirección General de Aviación Civil, el Consejo Nacional de Tránsito y Transporte Terrestre, los Consejos Provinciales y las Municipalidades del país, la Superintendencia de Bancos y la de Compañías y otras instituciones que obliga la Ley, impartirán las disposiciones pertinentes a nivel de sus empresas filiales a efectos del cumplimiento irrestricto de los artículos 14 y 15 de la Ley del Anciano bajo las prevenciones legales y sanciones previstas en el Art. 22 del mismo cuerpo jurídico.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- Para los efectos de control y registro de los centros de atención a los Ancianos, que se estipula el Art. 10 de la letra k) del presente Reglamento, los responsables de los centros actualizarán y/o legalizarán sus permisos de operación y funcionamiento ante la Dirección Nacional de Gerontología, en un plazo no mayor a noventa días.

SEGUNDA.- Encárguese a las Direcciones Financiera, Administrativa y de Gerontología, del Ministerio de Bienestar Social, para que en el plazo improrrogable de 30 días presenten para aprobación del Ministro los proyectos de orgánico funcional, para la creación de cargos, modificación de planes operativos, dotación de recursos materiales e implementación de partidas presupuestarias, para el

funcionamiento armónico del Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas y de la Procuraduría General del Anciano.

TERCERA.- De la ejecución de este Decreto, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial encárguese el ministerio de Bienestar Social.

Dado en el Palacio Nacional, en Quito a 17 de junio de 1992.

**Ministerio de Bienestar Social Dirección Nacional de Gerontología
Procuraduría General del Anciano.**

Art. 14.- “Toda persona mayor de 65 años y con renta estimada de un máximo de diez salarios mínimos vitales o que tuvieren patrimonio que no exceda de los mil salarios mínimos vitales, estará exonerado del pago de toda clase de impuestos fiscales, provinciales y municipales, incluyendo los concernientes a las operaciones de préstamo que efectúen, a su nombre, en el sistema financiero privado, así como también de las tarifas del agua para riego establecidas en la ley de aguas.

Para la aplicación de este beneficio no se requerirá de declaración administrativa previa fiscal, provincial o municipal.

Si la renta o patrimonio excede de las cantidades determinadas en el inciso primero, los impuestos únicamente se pagarán por la diferencia excedente”.

Art. 15.- “Las personas mayores de 65 años gozarán la exoneración del 50% del valor de los servicios médicos, cuyo cumplimiento supervisará el Ministerio de Salud Pública, de las tarifas aéreas nacionales y de las terrestres, de las entradas a los espectáculos públicos culturales, deportivos, artísticos y recreacionales”. Para obtener tal rebaja bastará presentar “la cédula de ciudadanía”.

RESUELVE

“Los usuarios protegidos por la ley del anciano, los minusválidos y los estudiantes de nivel primaria y secundario, en todas las modalidades de transporte, pagarán el cincuenta por ciento (50%) de las tarifas establecidas.

Es obligación de los transportistas, colocar esta disposición en una parte visible de sus vehículos”.