

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

***“MODELOS INTEGRADOS Y DISPENSARIZADOS EN
EL ADULTO MAYOR EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA”***

***TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA***

LUIS EDUARDO PEÑALOZA
2008

COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DE TESIS:

DIRECTOR:

➤ **PROF. DR. RODOLFO ÁVILA**

INTEGRANTES:

➤ **PROF. DR. MARIO RAMELLO**

➤ **PROF. DR. JOSÉ ATILIO PALMA**

***“LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS NO SE HACE SOLIDARIA CON LAS
OPINIONES DE ESTA TESIS” (ART. 30)***

AGRADECIMIENTOS

*AL **PROF. DR. RODOLFO ÁVILA** POR SUS PERTINENTES CONSEJOS.*

*A LA **PROF. DRA. AÍDA SEGURA** POR SU ALIENTO IRRESTRICTO EN LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS.*

*A LA **PROF. MG. ALEJANDRA GARBINO** POR LA SUPERVISIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJO ESTADÍSTICO EFECTUADO.*

*A LA **PROF. DRA. MARÍA ELISA CABALIER** POR SU DILIGENCIA Y ESTÍMULO PERMANENTE PARA LA CONCRECIÓN DE ESTE CONSTRUCTO.*

*A LA **INGENIERA DE SISTEMAS MARÍA FLORENCIA PEÑALOZA SEGURA** POR SU INESTIMABLE APORTE EN TESTEAR LA CORRECCIÓN FORMAL (ÍNDICE, FIGURAS, TABLAS, SISTEMA EXPERTO ETC.) DE ESTE TRABAJO.*

RESUMEN

Desde lo sociopolítico-institucional, económico y biomédico, tal como esta planteada hoy la Atención Primaria de la Salud (APS) no hospitalaria, pública con modelo de programa dispensarizado en la Ciudad de Córdoba; implica que esta municipalizada (ley 7850/89, decretos reglamentarios y concordantes), que requiere de incremento permanente y exponencial de recursos materiales y humanos (el 73% de las erogaciones del presupuesto es en sueldos), que dificulta la continuidad de la información y la asistencia, que duplica registros (porque parte de un modelo no integrado), con grandes posibilidades de repetir exploraciones ya efectuadas, es subespecializada (en relación a los adultos mayores), mecánica, despersonalizada y no contempla en forma abarcativa, integral y holística, aspectos médicos preventivos y asistenciales, demográficos y psicosociales del grupo etario de más de 60 años, de capital importancia y trascendencia, como son las inmunizaciones sistemáticas, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno de una variada gama de patologías prevenibles, la rehabilitación o limitación de incapacidades, las características de la vivienda, la convivencia (con quiénes viven, si están solos, cuáles son las redes de soporte social, etc.), que nivel cultural y económico poseen, e incluso la posibilidad de valorar una atención domiciliaria versus un ingreso a un hogar de ancianos.

Además desde lo organizacional es de diseño sencillo, burocrático tradicional y carece de programa específico para la tercera edad.

Nuestro aporte es determinar déficit en necesidades y requerimientos, satisfacción general de los usuarios en APS dispensarizada, asociar variables de importancia estratégica y proponer e impulsar a través de recomendaciones específicas un modelo de programa integrado multi-inter-trans-disciplinario donde el adulto mayor este contenido con una visión amplia, que en base a un adecuado conocimiento, busca prever y proveer para el futuro. El diseño es matricial, los recursos humanos profesionales y materiales son de incremento moderado, mientras que los recursos humanos burocráticos, no profesionales, no técnicos, disminuyen sustancialmente en comparación al dispensarizado existente, los circuitos son claros (red de usuarios), con buena continuidad en la información (historia clínica, social y de enfermería), es de actividad preventiva y asistencial especializada y personalizada, contempla aspectos psicosociales y no duplica servicios. La evaluación es más compleja, requiere de buenos registros pero es mucho más precisa y completa que el actual modelo.

Palabras claves: Atención Primaria de la Salud no hospitalaria, modelo dispensarizado, modelo integrado.

SUMMARY

Taking into account the social, political, economic, biomedical, and institutional point of view, in the way that today the Primary Health Care (PHC) not hospitable and public is provided together with a model of a dispensaries program in Córdoba city. It implies that this Primary Health Care is municipalized (law 7850/89, regulation and concordant decrees), and that it also needs of permanent and exponential increase of the material and human resources (73% of the expenditures of the budget is in salaries), it also impedes the continuity in the information and the assistance, it also duplicates records (because it is part of a model not integrated), with big possibilities of repeating explorations already carried out, it is sub specialized (in relation to the major adults), mechanical, depersonalized and it does not meditate in a covering, integrating and holistic forms the medical preventive and welfare, demographic and psychosocial aspects of the group over 60 years old, which is of vital importance and transcendence, since they are the systematical immunizations, the precious diagnosis, the opportune treatment of a varied scale of preventive pathologies, the rehabilitation or limitation of disabilities, the characteristics of the housing, the living together (with whom they live, if they are alone, which the nets of social support are, etc.), that cultural standard and economic they possess, and even the possibility of valuing a domiciliary attention versus to enter to an geriatric residence.

Besides, from organizational point of view it is a simple, bureaucratic traditional design and it lacks specific program for the third age.

Our contribution is to determine lack of necessities and requirements, general satisfaction of dispensaries PHC's users, to associate variables of strategic importance and to propose and to boost through specific recommendations an integrated multi-inter-trans-disciplinary model program where the elderly people is contained with a wide vision, which on the basis of a suitable knowledge, tries to foresee and to provide for the future. The design is matrix-made, the human professional and material resources are of moderate increase, whereas the human bureaucratic resources, not professionals, not technical personnel, diminish substantially in comparison the existing dispensaries, the circuits are clear (users' net), with a good continuity in the information (clinical, social and infirmary history), it is of preventive and welfare specializing and personalized activity, it contemplates psychosocial aspects and it does not duplicate services. The evaluation is more complex, it needs of good records but it is much more precise and it completes the current model.

Keywords: Primary Health Care not Hospitable, dispensaries model, PHC's integrated model.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
HIPÓTESIS	32
OBJETIVOS	34
MATERIAL Y MÉTODOS	36
RESULTADOS	54
DISCUSIÓN	79
CONCLUSIONES	101
BIBLIOGRAFÍA	103
ANEXO 1 - Revalidación del instrumento de medición	114
ANEXO 2 - Ficha técnica estadística utilizada.....	117
ANEXO 3 - Certificación de las encuestas realizadas y procesadas.....	119
ANEXO 4 - Organigrama de Estructura Matricial.....	121
ANEXO 5 - Tabla de actividades preventivas.....	123
ANEXO 6 - Marco Lógico.....	125
ANEXO 7 - Trabajo a Publicar.....	136

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En la década de los 80 los epidemiólogos y demógrafos dieron la alerta acerca del envejecimiento poblacional en los países desarrollados⁽³⁷⁾. Este fenómeno se iba a repetir al mismo tiempo y casi con la misma intensidad en los países en vías de desarrollo⁽¹²⁰⁾. Indubitablemente se había producido una revolución silenciosa e inusitada que abarcaba los últimos cien años. De tal forma que, los habitantes del mundo industrializado ganaron por término medio 25 años de vida, y esta alza se proyecta como espectacular en este siglo XXI. En efecto, la tradicional pirámide poblacional con el decurso de los años cambia su perfil, su figura, y pasa de una base ancha a una estrecha para transformarse en bala de cañón, caja mortuoria, pilar, rectángulo, cuadratura e incluso inversión, en las poblaciones muy envejecidas^{(53) (91)}. Por todo ello el siglo XXI ha sido llamado el siglo del envejecimiento poblacional⁽²⁸⁾.

A partir de lo expuesto y en un primer momento el envejecimiento demográfico fue visto como fenómeno y a la vez como problema social^{(2) (9) (83)}.

Dio origen a dos subculturas^{(84) (99)}. Una, la de la discriminación, la del “ageins”, la del “viejismo” por el solo hecho de la edad cronológica, que fue el mito, el prejuicio, el estereotipo negativo difundido. Indudablemente, para esta subcultura, los cuidados de salud, la vivienda, la competencia intergeneracional sobre todo en lo laboral y la demanda y provisión de servicios, hacía cuanto menos indeseables a los adultos mayores (AM) para los que estaban en condiciones de controlar el poder. En efecto, el problema de la vejez no fue conceptualizado desde la perspectiva del viejo sino desde el punto de vista de los estamentos gubernamentales y otros grupos sociales dominantes⁽¹²²⁾.

De tal forma, políticos, sociólogos, economistas, sanitaristas, incluidos gerontólogos⁽⁴⁸⁾, no supieron apreciar el envejecimiento poblacional como un hecho irreversible y a la vez como un desafío histórico sin precedentes y sin retorno, que habría enormes posibilidades a toda la humanidad.

A esta subcultura negativa del envejecimiento poblacional se le opuso una segunda subcultura, de ideas y estereotipos positivos en las que no solo se valoraba el poder de voto, sino el potencial económico de las “cabezas grises”, que hace que dejen de verse, como problema grave, apocalíptico, como carga

económica-financiera, para pensarlo desde una perspectiva distinta, como potencial mercado.

Así solo en E.E.U.U. los fondos de pensión representan la cuarta parte de la formación bruta de capital fijo en ese país (mueven mas de 4 billones de dólares anuales), y, en la Argentina, según informe de la Asociación de Bancos Argentinos (ABA) y de la Asociación de Bancos Públicos y Privados de la República Argentina (ABAPRA), las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP) en 1999 manejaban 18.500 millones de pesos (dólares en ese momento), en un país de 36,5 millones de habitantes con régimen previsional mixto (capitalización y reparto), lo que significaba una cifra muy importante teniendo presente el poco tiempo de su implementación (1/1/94). Post default en 2006 las AFJP manejan 75000 mill. de pesos según dichos organismos. Agregamos: la industria farmacéutica se concentra sobre este mercado de adultos mayores para aumentar sus ganancias, ya que en los países industrializados estas personas representan más del 15% de la población, son las que concurren al 32% de las consultas médicas y consumen el 38% del total de los medicamentos, fármacos, drogas o ligandos vendidos⁽¹⁵⁾

(16) (41) (58)

Todo lo anterior implica qué, en términos políticos el grupo etario de más de 60 años va a convertirse en un grupo social poderoso (los “grey panthers”, ya lo son en USA), y los partidos políticos tendrán que adaptarse a la nueva realidad, ya que en 20 años en los países en vía de desarrollo como la República Argentina, los denominados “baby boomer”, podrían llegar a constituir casi la tercera parte del electorado.

Las políticas sociales para este grupo entonces, deben estar dirigidas básicamente a salud, vivienda, alimentación, condiciones económicas y seguridad social⁽²⁾.

Nuestra ciudad de Córdoba en particular, a la que va dirigida nuestro trabajo, posee un perfil de población envejecida y no existe y no se vislumbra una política de Estado para prever un escenario de tal naturaleza a futuro. No se piensa en términos sanitarios, económicos y sociales en una proyección a 10 o 15 años, y por ende, no se está y no se va a estar preparado para satisfacer las demandas de todo tipo de este grupo social. Además la

coexistencia y superposición de una pluralidad de organismos oficiales de nivel nacional, provincial y municipal, junto con organismos no gubernamentales (ONGs), la falta de coordinación y planificación socio-demográfica-estratégica, la ausencia de control de calidad de las prestaciones, la escasa formación y capacitación de recursos humanos en ésta área, ha desembocado en la actual inexistencia de una política social integradora para la tercera edad.

Esta desarticulación de políticas fragmenta las acciones y divide al adulto mayor en una atención parcial inaceptable, de sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, indisolubles e inseparables desde la mirada gerontológica⁽⁹⁴⁾. Es esencial por tanto planear, programar, proyectar con sentido integral para el futuro en salud de este grupo social^{(11) (12) (36) (104) (105)}.

Nuestra área de interés concretamente es la Atención Primaria de la Salud (APS) no hospitalaria, Pública, en los adultos mayores de la Ciudad de Córdoba, que se brinda en Centros de Salud y Unidades Primarias de Atención de Salud (UPAS); todas dependientes de la Municipalidad capitalina.

De tal forma y para ser congruentes con nuestro trabajo, dejaremos aclarado que optamos operativamente como la mayoría de las organizaciones nacionales e internacionales competentes, por la edad de 60 años como límite inferior para definir a la población adulta mayor en los países en vías de desarrollo, como lo aconseja la Organización Mundial de la Salud⁽³⁷⁾ (OMS), la Conferencia Económica para América Latina⁽³⁷⁾ (CEPAL), la División Demográfica de la CEPAL⁽³⁷⁾ (CELADE) y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo⁽³⁷⁾ (INDEC).

Una línea divisoria a una edad mas avanzada minimiza el problema y, por el contrario, fijar el límite a los 60 años otorga una mayor magnitud al fenómeno.

El principal fundamento para ello, es que permite desarrollar una mayor cantidad de acciones preventivas, en el entendido de que a edades más tempranas los daños en la salud son menores y por lo tanto, es posible lograr un mayor impacto en mejorar la **calidad de vida**^{(69) (81) (103)}.

Este introito, por cierto, requiere de un **marco teórico conceptual**. Ello constituirá en gran medida el aporte bibliográfico y, además, referencial al momento de la correspondiente discusión.

1.1 De la asistencia médica primaria a la atención primaria de la salud

Hasta la Conferencia Internacional reunida en Alma-Ata (12/09/1978. Capital de la República de Kazakstán, ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas - U.R.S.S. -, OMS), todo lo que se relacionaba con planes, programas y proyectos referidos a la salud tenían un sesgo asistencialista, curativo y paliativo (asistencia médica primaria), basados en los principios médicos tradicionales: “**primus no nocere**” (primero no dañar), luego “hacer hasta donde sea posible” (años 60-70) y a partir de Alma-Ata el principio se adecuó a la nueva economía, “relación coste/beneficio”^{(10) (31) (32)}. Esto último sentó las bases de lo que se denomina hoy **Atención Primaria de la Salud (APS)**.

La APS puede definirse entonces como la base **estratégica** para evitar la aparición de enfermedades (prevención), pero también integra la asistencia curativa, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias que integran la sociedad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación⁽⁹³⁾.

La APS es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo económico y social de la comunidad. **Esta concepción sugiere que pasamos de una idea sociopolítica-estratégica de asistencia a otra de: promoción y protección (prevención primaria), diagnóstico precoz y tratamiento oportuno (prevención secundaria), rehabilitación y limitación de incapacidades (prevención terciaria)**⁽⁹³⁾.

Ello a la vez implica una atención global, integrada, en equipo multidisciplinario en actuación inter-transdisciplinaria⁽⁸²⁾.

De acuerdo a esta idea se debía alcanzar la salud para todos en el año 2000.

Esto último no se logró, pero sí ha representado un avance cualitativo importante e indiscutible sobre la tradicional asistencia médica primaria. Se pasa de ofrecer únicamente una atención basada en la demanda de la población a intervenir anticipadamente sobre las necesidades de salud de la

comunidad. Es decir, la APS integra la asistencia curativa y las **actividades de prevención de problemas de salud no sentidos**. Para conseguirlo no es suficiente con aguardar a que los pacientes - usuarios acudan al centro de salud (actitud pasiva), sino que se necesita un adecuado conocimiento de la situación de salud de la población que va a ser motivo de la aplicación de esta estrategia (actitud proactiva).

La comunidad asignada al Equipo de Atención Primaria (EAP) puede estar delimitada geográficamente, como ocurre en nuestro país, o registrada en una lista como en Gran Bretaña, pero en ambos casos deben detectarse los problemas de salud -listado de problemas- que tiene planteados^{(1) (8) (65) (90)}.

El incremento en la oferta de salud en el primer nivel (sea éste, prevención primaria, secundaria o terciaria), hace inviable su abordaje por un único profesional, es imprescindible trabajar en equipo interdisciplinario. Éste debe cubrir todas las necesidades básicas de salud de la población asignada.

Atendiendo a la definición de salud de la OMS, entendemos que los problemas que plantea la comunidad no recaen exclusivamente en el terreno biológico, sino que pertenecen también al psicológico y social, ya que además la salud es un valor en sí misma, un bien individual y social, un derecho universal y una responsabilidad de todos (Declaración de los Derechos Humanos, Organización de las Naciones Unidas - ONU -, 10/12/1948 y Artículo 59 de la Constitución de la Provincia de Córdoba), por lo que este nuevo modelo adopta una concepción global de la asistencia, pero **debiéndosele prestar particular énfasis a lo preventivo sobre lo asistencial**.

Para conseguir todas las propuestas en este modelo o paradigma, tanto en el terreno biológico, como en el psicológico y social, el EAP debe evitar el peligro de la **incoordinación y la discontinuidad** en la atención. Por el contrario, debe aprovechar la totalidad de los recursos existentes en su ámbito de influencia y coordinar sus esfuerzos con los equipos que trabajan a nivel hospitalario. Asimismo, la intervención de distintos profesionales en el proceso no ha de suponer una rotura en la **continuidad** de la asistencia. De tal manera, han de seguirse pautas de actuación comunes y transmitir adecuadamente la información.

Otro peligro que puede aparecer al trabajar en equipo es el de romper con la relación **personalizada** entre sanitario y paciente. El no respetar la capacidad terapéutica de este hecho, llevará al fracaso a esta nueva organización.

Cualquier diseño de programa de salud en APS ha de mantener ese trato individualizado del paciente-beneficiario-usuario- si se desea que sea bien acogido por la población. También es preciso recordar que la filosofía recogida en la Conferencia de Alma-Ata señala que, la comunidad es la responsable de sus problemas de salud. Por este motivo, le cabe un papel relevante en la gestión de los recursos sanitarios y en la priorización, diseño y evaluación de los programas de salud.

Toda actuación programada sobre la población y en nuestro caso específico la tercera edad debe discutirse previamente con los representantes provinciales, municipales, los líderes de la comunidad y el EAP. En la medida de nuestras posibilidades lo hemos intentado en nuestro trabajo de campo en relación a este constructo.

1.2 Del protocolo al programa

Las primeras experiencias de este nuevo modelo que privilegia la prevención en salud aparecieron en nuestro país a comienzos de los 80, pero debemos destacar que **en Córdoba, la atención con modelo dispensarizado y carácter preventivo a nivel municipal, comenzó en octubre de 1974 por ordenanza 3556/A con las inmunizaciones en los niños y los chequeos genitomamarios para la detección precoz del cáncer femenino.**

Este cambio cultural, conceptual, estratégico implicó a nivel mundial la imperiosa necesidad de unificar criterios diagnósticos-terapéuticos entre los distintos componentes del EAP.

El sistema tradicional (asistencia médica primaria) permitía responder a la demanda de la población atendiendo al saber médico; sin embargo, esta práctica dificulta en gran medida la atención cuando se realiza en equipo, especialmente si éste es multidisciplinario. Por ello se introdujeron en atención primaria los **protocolos de actuación, entendido como las normas o**

procedimientos de obligado cumplimiento delante de determinados problemas de salud⁽⁷¹⁾.

Estas pautas, normas y procedimientos, elaboradas por los propios equipos delimitan las tareas y responsabilidades de cada uno de los profesionales, permiten evaluar los resultados, y, optimizan, maximizan y racionalizan la utilización de los recursos sanitarios.

Además los protocolos contribuyen a mejorar la calidad de la atención en cuanto organizan la demanda espontánea y están dirigidos a los problemas más acuciantes y relevantes de la comunidad. Por el contrario, ofrecen el peligro de etiquetar al usuario-paciente-beneficiario en una patología concreta, perdiendo la visión global del individuo, hecho trascendente cuando se trata de personas de la tercera edad.

Igualmente, un protocolo excesivamente rígido dificulta en gran medida la individualización diagnóstica y terapéutica.

Es obvio que un diseño adecuado del protocolo puede minimizar los factores adversos.

Dado el gran componente artesanal de la APS, es deseable que los médicos y personal de enfermería, psicólogos y trabajadores sociales tengan la capacidad de incumplir la norma en circunstancias puntuales con el fin de mejorar la eficacia del sistema.

A posteriori, cuando el protocolo nace del análisis riguroso de las necesidades de la comunidad (diagnóstico), se dirige a una población determinada, se establecen objetivos que hay que cubrir, se evalúan los resultados, se inicia el trabajo por **programas de salud**. Por lo tanto, **el protocolo pasa a ser únicamente la parte del programa que marca las actuaciones concretas de cada profesional⁽⁷¹⁾.**

Cada Equipo de Atención Primaria (EAP) acostumbra agrupar sus programas en relación al grupo de población al que están dirigidos. Habitualmente se dividen en materno infantiles, gineco-obstétricos, del adulto, etc., **y en nuestro caso particular del adulto mayor.**

1.3 Programas de salud del adulto mayor en APS

Un programa de salud, comprende la delimitación de la población diana, el diagnóstico de salud, la priorización del problema en que hay que intervenir, la planificación y ejecución, la monitorización la evaluación del programa, y finalmente un nuevo examen del problema de salud⁽⁷⁸⁾. Es por tanto, un proceso **dinámico, cíclico, activo**. Su diseño y las actividades que hay que desarrollar deben modificarse atendiendo a los cambios aparecidos con el decurso del tiempo en la salud de la comunidad a la que están dirigidos. Por este motivo, antes de iniciar actividades en la población de forma protocolizada, es preciso **analizar el nivel de salud de la población con el fin de valorar su pertinencia, así como el coste/beneficio y la aceptabilidad de la posible intervención** (evaluación Ex-ante)⁽⁷⁸⁾.

1.3.1 Delimitación de la población diana.

Todas las actividades programadas, en relación a la disposición de recursos materiales y humanos, junto al beneficio de la intervención, han de **delimitar la población a la que están dirigidos**. La delimitación podrá ser geográfica, territorial, barrial (área programática), o figurar en un listado. **La población diana estará definida por las variables edad, sexo y factores de riesgo**. En ellos señalaremos nuestros objetivos en cuanto a la cobertura que pensamos ofrecer, verbigracia: promover y proteger la salud, diagnosticar y tratar precozmente la enfermedad, rehabilitar y limitar incapacidades, contemplar aspectos psicosociales, etc.

1.3.2 Diagnóstico de salud.

Consiste en la identificación de las necesidades y requerimientos de salud -listado de problemas^{-(1) (8) (65) (121)}. Su grado de complejidad técnica varía en relación al ámbito territorial que abarque y a la cantidad, calidad y fidelidad de la información de que se disponga. Sin embargo, la falta de suficientes datos objetivos o el actuar en una comunidad pequeña, no son obstáculo para que el EAP realice el ejercicio de identificar los problemas de salud más importantes que tiene planteados la población asignada.

De todo ello se desprende que el diagnóstico de salud **no es una finalidad en sí misma, sino tan solo un instrumento de trabajo**.

El diagnóstico de salud debe iniciarse estudiando el componente sociodemográfico y epidemiológico de la población asignada al Equipo de Atención Primaria, lo que va a constituir la línea de base de la demanda.

Los apartados a contemplar dentro del **diagnóstico de salud**^{(8) (121)} de la comunidad son entonces:

1) Demografía de la población: a) magnitud-tamaño-volumen; b) composición biológica (estructura): edad, sexo raza, c) composición socioeconómica-cultural-geográfica (atributos): estado civil, alfabetismo, nivel económico, distribución y dispersión geográfica etc.

2) Nivel de salud (perfil epidemiológico): a) mortalidad, b) morbilidad, c) prevalencia, d) salud subjetiva, sentida o percibida, e) esperanza de vida al nacer, f) utilización de los servicios médico-asistenciales-preventivos.

3) Factores condicionantes del nivel de salud: a) del medio físico: factores climáticos-ambientales, alimentación vivienda, vestido, estructura sanitaria etc. b) del medio ambiente social: nivel de pobreza, indigencia, jubilación etc.

4) Recursos de que se dispone: a) disponibilidad y organización: recursos materiales y humanos, b) accesibilidad y cobertura: ubicación física de los centros de salud y atención que pueden brindar. c) utilización: responde a las preguntas ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿por qué?, y ¿dónde?.

La gran proporción de adultos mayores de 60 años justifica que sean objeto prioritario de atención -13,35% sobre el total de la Provincia de Córdoba, proyectado al año 2006.

Este progresivo aumento del envejecimiento poblacional debe atribuirse a la disminución de la tasa de fecundidad (motor del envejecimiento), de natalidad, de mortalidad infantil y paralelamente al aumento progresivo de la esperanza de vida al nacer, más que al aumento de la longevidad propiamente dicha.

Es decir, el índice de dependencia ha disminuido para la población infantil y ha crecido para la de mayor edad.

En otras palabras, este hecho **a nivel de la economía estatal reviste gran importancia**, ya que representa un cambio en las necesidades de la población. Así pues, mientras **los menores de 14 años precisan grandes inversiones para la educación, los de más de 60, necesitan más en atención de índole social y sanitaria**⁽⁸⁸⁾.

En definitiva en función de la estructura y envejecimiento poblacional proyectados se requerirán más trabajadores sociales, más médicos especialistas en Geriátrica y Gerontólogos y menos médicos especialistas en pediatría; más especialistas en rehabilitación y fisiatría, y más enfermería capacitada dentro de programas suficientemente abarcativos que contemplen al adulto mayor.

Cada uno de los EAP para priorizar adecuadamente sus programas, ha de disponer de su propia pirámide de población y conocer a través de las publicaciones las tasas de mortalidad, morbilidad, prevalencia, etc.

Las tres principales causas de muerte en los mayores de 60 años son: las enfermedades del aparato cardiovascular, los procesos mórbidos mal definidos, y el cáncer^{(62) (74)}. Sin embargo la tasa de mortalidad pierde fortaleza instrumental en este grupo etario por subregistro, pluripolipatología y elevada comorbilidad.

Aproximadamente, el 90% de los ancianos que concurren a la consulta, son tratados por su médico de APS⁽⁶²⁾. El 87% de estas personas presentan patologías crónicas y este grupo de población muestra una alta prevalencia de enfermedades debilitantes o problemas sociales que interfieren en gran medida con su actividad diaria⁽¹⁰⁰⁾.

La morbilidad demandada al primer nivel asistencial, distribuida por grupos de edad, demuestra que; la población más joven acostumbra solicitar asistencia por procesos agudos, mientras que los crónicos son demandados por los de mayor edad^{(71) (72)}.

Los diez problemas de salud más frecuentes de los pacientes con patologías crónicas entre 65 y 75 años recluidos en sus domicilios son^{(57) (74)}:

1. Enfermedades del aparato cardiocirculatorio
2. Enfermedades musculoesqueléticas

3. Enfermedades del aparato respiratorio
4. Endocrinometabólicas
5. Del aparato digestivo
6. Neoplasias malignas
7. Enfermedades mentales
8. Enfermedades de SNC y los órganos de los sentidos
9. Aparato genitourinario
10. Enfermedades de la piel

Finalmente las causas más frecuentes de discapacidad en la adultez a nivel mundial, a menudo subestimadas en relación a la causa de muerte son⁽³⁴⁾

⁽⁸⁵⁾ ⁽¹¹⁹⁾:

1. Depresión mayor unipolar
2. Anemia por deficiencia de hierro
3. Caídas
4. Alcoholismo
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6. Desórdenes mentales bipolares
7. Anomalías congénitas
8. Osteoporosis
9. Esquizofrenia
10. Neurosis obsesivocompulsiva

Las enfermedades recogidas en los dos listados son similares a las descritas en las de APS de otros países desarrollados y en vías de desarrollo⁽¹¹⁹⁾. Así pues **los procesos crónicos y degenerativos constituyen las principales causas de enfermedad y muerte (morbimortalidad) entre los mayores de 60 años⁽¹⁰¹⁾**. Sin embargo, mientras los médicos nos preocupamos por las enfermedades cardiovasculares, la bronquitis crónica, la diabetes, el cáncer, etc.; a los adultos mayores, lo que les interesa, es poder ver, oír, andar, no padecer incontinencias, incapacidades o limitaciones físicas, ni dolores (salud sentida o percibida⁽⁶⁴⁾ ⁽¹²⁵⁾). Una encuesta realizada en países industrializados señala que el 10% de este grupo etario presenta estos trastornos⁽²²⁾.

La presencia de enfermedades crónicas que limitan la autonomía y provocan reducción en la actividad social son condiciones que llevan a la ansiedad y la depresión.

Es común que los ancianos presenten síntomas vagos de disminución de la capacidad funcional o física, acompañados de una pérdida de interés por el mundo que los rodea^{(42) (80) (97) (107)} que se corresponde con la **teoría social** del envejecimiento de la desvinculación o desapego de Cumming y William Henry⁽⁹²⁾. Esta situación se la denomina “incapacidad progresiva asociada a la senilidad”^{(103) (113)}.

Debemos enfatizar que todo diagnóstico de salud en la tercera edad no debe basarse exclusivamente en las tasas de morbilidad y mortalidad; cada día se reconoce mas el valor de la sensación subjetiva de calidad de vida de la población^{(47) (100)}. En general es baja. En el adulto mayor es inversamente proporcional al número de enfermedades que afectan la vida diaria, al número de síntomas, al número de internaciones, a la cantidad de fármacos consumidos y a la incapacidad funcional de cualquier tipo y grado^{(49) (60) (63) (70)}.

El consumo de fármacos de manera prolongada en este grupo de edad es muy elevado, especialmente el de psicofármacos⁽⁴³⁾. Es importante puntualizar que el hospital posee un gran papel medicalizador; la inmensa mayoría de medicamentos se recetan en la APS, pero las indicaciones en un gran número de casos surgen de los especialistas^{(3) (19) (21)}. Un estudio escocés mostró que los ancianos eran dados de alta del hospital con un número de fármacos muy superior al que consumían antes de ser ingresados⁽¹¹⁸⁾. Esta sobremedicación supone un alto riesgo de presentar reacciones adversas, especialmente en un grupo en que por su fisiología -su farmacocinética-, éstas se dan con mayor frecuencia^{(5) (23) (66) (75) (102) (108)}.

La estructura hospitalaria de los países desarrollados y con frecuencia los que están en vías de serlo, no dan respuesta a todos los problemas médicos y sociales de estos pacientes-usuarios. Así, el pago por Diagnostic Related Groups (DRG), el bajo número de camas de crónicos^{(55) (56) (57)}, junto al necesario incremento de la rentabilidad de los hospitales en E.E.U.U.; como los sistemas al borde del colapso, propio de los países subdesarrollados o en vías

de desarrollo (ej. Argentina), hace que los pacientes sean dados de alta con rapidez y con un menor grado de resolución de sus problemas de salud^{(50) (117)}.

Sin embargo, desde otro enfoque, en relación a la comunidad, en nuestro país, únicamente viven en residencias menos del 2% de los ancianos. Existen alrededor de 40.000 camas geriátricas - no es en sí mismo un problema grave la internación geriátrica específica⁽⁹²⁾ -, el resto convive con familiares (la mayoría con cónyuge de edad avanzada, hijos, nietos, solos, etc.), en tanto que en E.E.U.U. e Inglaterra el 5% y el 6% respectivamente de las personas mayores viven en residencias⁽¹¹¹⁾.

El hecho de vivir en la comunidad se ve agravado en la Argentina y dentro de ella en la Ciudad de Córdoba, porque muchas de estas personas reciben pensiones insuficientes para costearse una ayuda privada.

En este período de la vida se añaden, además, otros factores “estresantes sociales”, como son la jubilación o la muerte de las personas con quienes se ha convivido toda la vida. **Así pues, dentro del diagnóstico de salud de los de mayor edad reviste especial importancia el análisis de los factores condicionantes del nivel de salud**^{(8) (121)}.

La situación de salud (diagnóstico) de la población mayor de 60 años que concurre a la APS podría resumirse diciendo que: “presenta un alto índice de enfermedades crónicas, degenerativas, debilitantes, y trastornos psíquicos incapacitantes, junto a graves problemas económicos y de vivienda que dificultan una vida autónoma en la comunidad”⁽¹⁴⁾.

1.3.3 Priorización de los problemas en que hay que intervenir

Una vez definidos los problemas en cuanto a su gravedad y extensión en nuestro ámbito de actuación, hemos de valorar la efectividad de las alternativas de programas destinados a resolverlos. En el terreno de la salud los recursos son limitados, pero susceptibles de uso alternativo, por lo que el análisis coste/beneficio de las distintas intervenciones efectivas permitirá finalmente escoger la mas adecuada, manteniendo una situación de equidad⁽¹¹⁶⁾ de la población delante de los servicios de salud (darle más al que más necesita).

Las intervenciones desde la atención primaria sobre las patologías crónicas en los ancianos revisten características especiales. Así, mientras el

diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de esos trastornos en el grupo de 60 a 74 años -“viejos jóvenes”⁽⁸⁹⁾- son efectivos para prevenir incapacidades físicas y psíquicas, a partir de esta edad, la prevención secundaria es salvo excepciones meramente paliativa. En los mayores de 75 años - “viejos viejos”⁽⁸⁹⁾ - es más significativo reducir riesgos de accidentes, mantenerlos en un régimen alimentario adecuado^{(4) (52) (86)} y ofrecer el soporte clínico y social necesario⁽²³⁾. Hoy en día estos límites de edad usados en la década de los 80 y de los 90 se han ido extendiendo paulatinamente.

1.3.4 Planificación y ejecución del programa

El diseño del programa puede ser original del propio EAP o bien estar basado en las directrices propuestas por sociedades científicas o la administración (Ej. Ministerio o Secretaría de Salud Pública). De todas formas, son los miembros del EAP los que han de esforzarse en adaptar los conocimientos científicos a las circunstancias concretas de la población atendida. El ejercicio de planificar en forma participativa favorecerá en gran medida la colaboración de los profesionales en el proyecto y, por lo tanto, al éxito del producto final.

El primer paso en el diseño de un programa es la definición de los objetivos. Es muy importante que éstos estén **correctamente descritos**, y para ello con criterio amplio diremos que **han de ser concretos, cuantificables, realizables, alcanzables, jerarquizables, demandados y/o requeridos y asumibles por los profesionales en el período fijado**⁽⁶²⁾.

Con criterio específico diremos que el señalar metas dentro del campo de la salud en el adulto mayor es complejo, en cuanto a que, los indicadores de morbimortalidad no dependen solo de la acción de los servicios sanitarios. La actuación de los profesionales a menudo únicamente producirá mejorías en la calidad de vida o en la satisfacción de los ancianos; sin embargo estas variables son difícilmente cuantificables en forma objetiva. Por todo ello, a menudo **es preferible marcar objetivos del proceso asistencial con el fin de que el EAP, pueda comprobar claramente si ha alcanzado lo que se proponía.**

La intervención sobre problemas concretos de salud en el primer nivel asistencial no hospitalario puede abordarse desde dos estrategias^{(29) (34)}:

- 1) Creando servicios especiales para el programa, como es el caso de centros para la atención exclusiva de la tercera edad (estrategia segregacionista).
- 2) Utilizando la estructura que ofrece la atención primaria a la población en general (estrategia comunitarista).

En el caso de los problemas comunes de las personas de más de 60 años es preferible la segunda propuesta sobre la base de criterios de cobertura y racionalidad económica. Además, la poca sofisticación técnica-aparatológica de las medidas de salud destinadas a este grupo etario, la coincidencia de objetivos entre los profesionales que atienden a los mismos, más la de aquellos que aplican actividades preventivas, justifican la no creación de servicios en estructuras físicas separadas al primer nivel (estrategia segregacionista), pero **sí, justifican la especialización de quienes la ejecutan.**

Una vez considerados que deben ser atendidos por el equipo de APS con estrategia comunitarista, podemos organizar la asistencia en su interior siguiendo alguno de estos modelos.

Por un lado existe la posibilidad de **dispensarizar programas- diseño sencillo-** (tal como funciona actualmente en la Ciudad de Córdoba), es decir, crear espacios físicos en el centro de salud, destinados a la atención de determinados grupos de personas con problemas comunes o bien con patologías concretas, funcionando como departamentos estancos, independientes, sin relación entre ellos, ni en lo curativo ni en lo preventivo.

La otra posibilidad es la de **integrar** esta nueva actividad dentro de la atención que ofrece el EAP (**modelo integrado, diseño matricial**) lo que se habrá conseguido plenamente cuando **exista unidad de lugar, tiempo y personas; funcionando como un todo interdependiente entre lo preventivo lo curativo y lo psicosocial**⁽¹⁰⁹⁾.

Evidentemente, esta segunda opción es la deseable para poder aprovechar la visita demandada. Así, una vez resuelto el problema de salud, realizar actividades de promoción, protección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno (Ej.: Educación sanitaria - fundamentalmente favorecer el

autocuidado- , chequeo genitomamario, detección de sangre oculta en heces, calendario de vacunación específica para los adultos mayores, detección de malnutrición, de hipertensión arterial, etc., etc.). Este modelo integrado es más complejo.

Para poder alcanzar las ventajas que ofrece, es preciso que, a nivel del equipo se distribuya la población demandante en lo que se denomina **unidad asistencial básica**^{(7) (33)}; ésta se compone de un médico especialista en geriatría, una enfermera, un asistente social, un psicólogo y un fisiatra, cuanto menos orientados a la problemática del adulto mayor; de tal manera que todo ciudadano reconozca entre los que prestan sus servicios en el EAP a su médico, al profesional de enfermería, al trabajador social, al psicólogo y al fisiatra.

Los cuatro sanitarios y el asistente social serán los encargados de atender la demanda curativa, realizar la actividad preventiva programada y determinar las necesidades psicosociales básicas. Una vez garantizada la unidad de lugar y personas, puede obviarse el factor tiempo estableciendo un **sistema de citación de usuarios-beneficiarios-pacientes**. Sin embargo, cabe recordar que, siempre que se posponga la intervención, cabe el peligro de que el destinatario no acuda a recibirla.

Los tipos de actividades que hay que realizar se pueden agrupar en ^{(61) (72)}:

A) Actividades Preventivas

El objetivo general es básicamente promover y proteger en salud; diagnosticar y tratar precozmente la enfermedad^{(106) (124)}.

Como se ha señalado anteriormente tiene su máxima indicación en las personas de 60 a 74 años. La promoción consiste básicamente en educación para la salud (EDSA) en este grupo social⁽¹¹⁵⁾. A título informativo las actividades que se pueden desarrollar de **forma integrada** a las personas adultas mayores, jerarquizadas en forma decreciente (A, B, C) son^{(6) (124)}:

Grupo A:

1. Inmunizaciones sistemáticas: difteria, tétano, influenza⁽⁴⁰⁾, neumonía de la comunidad.
2. Control de hipertensión arterial

3. Caries
4. CA. de próstata
5. CA. de mama
6. CA de cuello uterino-endometrio

Grupo B:

1. Trastornos de audición
2. CA de colon y recto
3. Mala alimentación
4. Incapacidad progresiva ligada a la edad
5. Osteoporosis
6. Diabetes mellitus
7. CA de piel

Grupo C:

1. Paraodontitis, CA oral
2. Hipotiroidismo
3. Incontinencia urinaria y CA de vejiga

Debemos aclarar que la tuberculosis (TBC) ha quedado excluida ex profeso. La razón es que la protección específica (vacuna BCG), sólo debe ser aplicada si, la reacción de Mantoux (PPD) es **negativa**. Como el PPD por las condiciones inmunológicas propias del viejo da muy frecuente **falsos negativos** (baja sensibilidad), **es peligrosa esta práctica de inmunización en la tercera edad** por la posibilidad de reactivar TBC latentes⁽⁹⁶⁾. De todas maneras la detección de la TBC en los AM con antecedentes clínicos epidemiológicos sospechosos debe efectuarse por los procedimientos clásicos: baciloscopía de esputo (examen directo -Ziehl Neelsen-), cultivo y radiología.

Respecto del HIV-SIDA, deberá ser tenido muy en cuenta en la Población Adulta Mayor (PAM), máxime si se tienen antecedentes de promiscuidad sexual (Test ELISA).

Con el fin de lograr una buena cobertura poblacional en prevención, es preciso establecer mecanismos de citación escrita (por carta, nota, telegrama,

etc.), para incrementar el cumplimiento. Se excluye la citación vía mail en razón del tipo de población a la que va dirigido este programa⁽⁴⁴⁾.

También debemos señalar que en las actividades de detección sistemática de la incapacidad para llevar una vida autónoma deben aprovecharse las consultas domiciliarias realizadas por otros motivos⁽⁹⁵⁾.

Estas mismas actividades están indicadas en la población de más de 75 años, sin embargo, dada la poca efectividad de las medidas en estas personas, es preciso considerar la disposición del usuario-beneficiario-paciente a seguir las normas.

La aplicación de actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria, cuando el anciano consulta por cualquier motivo, se denomina “cuidado anticipatorio”⁽¹⁰³⁾.

B) Atención a procesos crónicos.

El objetivo general es mejorar la calidad de vida y prevenir las reagudizaciones y complicaciones.

La unidad asistencial básica será la responsable de recibir visitas por citación de estos pacientes con el fin de controlar y tratar los procesos crónicos. Los papeles roles o actividades de cada uno de los profesionales son los que siguen⁽¹¹⁰⁾:

1) Médico (historia clínica): realizar diagnóstico, establecer la pauta de la frecuencia de los controles, detectar las complicaciones y descompensaciones, determinar la patología asociada, determinar los procesos intercurrentes, establecer iatrogenia.

2) Enfermería (historia de enfermería): determinar el cumplimiento, ejecutar acciones médicas delegadas, educar sanitariamente en forma individual y grupal.

3) Asistente social - psicólogo (historia psicosocial): detectar problemas de vivienda, establecer nivel sociocultural, conocer con quienes convive, determinar necesidades básicas insatisfechas, valorar recursos sociales y familiares de que dispone, apoyar psicológicamente a enfermos, solos, deprimidos, encamados, terminales etc. Estos mismos papeles roles o

actividades son los que se deben cumplir en la atención domiciliaria programada.

C) Atención domiciliaria programada.

Las actividades del EAP no deben restringirse al recinto del centro de atención primaria. Este servicio es responsable de la población asignada, aún en el caso que no pueda desplazarse⁽⁷⁶⁾. Cada médico especialista en geriatría, deberá contar con unas 15 o 20 personas que requerirán cuidados domiciliarios por un período medio de 8 meses^{(17) (46) (50)}. Pueden incluirse en este grupo los ancianos encamados, escarados a menudo portadores de sondas vesicales, los que viven solos, depresivos, los que presentan problemas crónicos con síndrome de inmovilidad (ACV, insuficiencia cardíaca importante, osteoartrosis generalizada, diabéticos amputados, etc.), los que han sido dados de alta temprana del hospital y los enfermos terminales entre otros⁽¹¹²⁾. La atención a este grupo de población puede optimizarse si se realiza mediante un equipo interdisciplinario (enfermera, médico geriatra, asistente social, etc.⁽⁷³⁾), y tiene como **objetivo general devolver la máxima autonomía al anciano o bien favorecer una muerte digna. Los objetivos específicos de este proceso se centran en tratar la enfermedad de base y en disminuir las reagudizaciones o complicaciones, así como en rehabilitar al paciente de forma que pueda reemprender una vida autónoma en su domicilio o en la comunidad**^{(67) (68)}. Un programa de este tipo perfectamente estructurado podría reducir sustancialmente el número de ingresos y/o reingresos hospitalarios y permitir al adulto mayor una estancia más cómoda en su medio. Para ello, es preciso que el EAP trabaje en estrecha cooperación con los familiares y los recursos sociales del barrio.

La entrada en este programa puede producirse a través de la solicitud del propio paciente o sus familiares, por la detección de la necesidad por cualquier profesional del EAP, o por acuerdo con el hospital de referencia.

La primera visita en el domicilio, que idealmente debería realizarse conjuntamente por el médico geriatra, enfermera, trabajador social, y psicólogo, sirve para evaluar criteriosamente las necesidades de cuidados de salud en la persona afectada, así como valorar in situ los recursos sociales y familiares de

que dispone. Es preciso realizar **la historia clínica, psicosocial y de enfermería, estudiar las características de la vivienda y de las personas con quienes convive, si está solo y finalmente, el nivel cultural y económico del paciente y su familia**^{(20) (110)}. Con estos datos se conoce el grado de autonomía y los recursos, y se puede valorar la posibilidad de una atención domiciliaria, versus un ingreso en una residencia geriátrica u hospital. Si se elige la asistencia en la comunidad, es preciso planificar una estrategia, marcando la periodicidad de las visitas y la tarea que han de desarrollar la enfermera, el médico, el asistente social, el psicólogo y eventualmente el fisiatra, así como educar a los familiares para que colaboren activamente. El proceso mejora cuando existen protocolos de actuación comunes y los profesionales están correctamente instruidos. La labor de coordinación del equipo que atiende a los pacientes en su domicilio debe recaer en la enfermería⁽¹³⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽⁴⁵⁾⁽⁵⁹⁾, **ya que las personas encamadas, escaradas, sondadas, con síndrome de inmovilidad etc., requieren básicamente cuidados de enfermería**⁽²⁷⁾, y, por lo tanto, es ésta la que está más próxima al paciente y su familia. La detección de un curso anómalo desde el punto de vista médico o un déficit no previsto en el soporte social o psicológico puede obligar a estos profesionales a que pidan ayuda a sus compañeros.

La evaluación específica de esta actividad debe ir encaminada a valorar las mejoras en **la calidad de vida de estos enfermos-pacientes-beneficiarios-usuarios, mediante instrumentos como el Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC); el incremento en el grado de autonomía, mediante el índice de Katz -actividades básicas de la vida diaria-; y la reducción del número de ingresos hospitalarios**⁽¹⁴⁾.

A pesar de que no existen estudios rigurosos que comparen los resultados y la eficacia de los servicios de atención primaria según dependan del hospital o del servicio de atención médica periférica⁽²⁶⁾ (Centros de Salud y Unidades Primarias de Atención de Salud - UPAS - en Córdoba), las evaluaciones muestran que los Centros de Salud tienden a sustituir cuidados hospitalarios por días de ingreso en el hospital; y que su población de asistidos, en relación a los adultos mayores en países subdesarrollados o en vías de

desarrollo está compuesta en su mayoría por **indigentes, pobres y crónicos**^{(51) (123)}.

1.3.5 Monitorización

Es una actividad cotidiana, es ver los cronogramas (si se han o no cumplido), supervisar, tener reuniones con los miembros del equipo de atención primaria, ver como se está gastando el presupuesto, etc.⁽⁹⁸⁾.

1.3.6 Evaluación

Cada una de las actividades señaladas -actividades preventivas, atención de procesos crónicos y atención domiciliaria programada-, el rol de los distintos profesionales⁽⁵⁴⁾ e incluso la colaboración de los pacientes son susceptibles de mejoría y, por lo tanto, han de estar sometidos a un proceso de evaluación. Sin embargo, nos centraremos exclusivamente en la valoración global de los programas dirigidos al anciano.

El fundamento de este proceso se basa en el hecho de que los recursos son únicos, a menudo escasos pero susceptibles de uso alternativo. La evaluación de los resultados del programa tiene como **sustento** la maximización de los beneficios que ha de obtener la comunidad, al realizar la elección entre procedimientos alternativos. Es decir, el programa se justifica en virtud de que el esfuerzo económico y humano realizado sea la actividad que aporte mas beneficio a la comunidad a la que esta dirigido.

Así, en ese sentido se efectúa el análisis coste/beneficio (ACB) de los procedimientos^{(10) (31) (32)}.

Esta técnica contrapone el valor económico de la intervención, fácilmente cuantificable, a los beneficios en la salud medidos en términos monetarios.

El principio inherente a este análisis es el de excedente económico, es decir, un programa se realizará en tanto los beneficios sociales compensen a los costes sociales. Así, es coherente con los principios económicos de bienestar social y eficiencia.

En definitiva el análisis coste/beneficio es una **técnica de evaluación económica** aplicable a actividades múltiples que permite valorar todos los efectos en unidades monetarias y por lo tanto homogéneas y comparables,

reduciéndolas a un valor actual a través de una tasa de descuento (d), lo que **sitúa al ACB como mecanismo significativo, importante y relevante en la adopción de decisiones políticas**⁽⁷⁷⁾. No obstante, a veces no es fácil distinguir entre lo que son costes (efectos desfavorables) y beneficios (efectos favorables) especialmente desde el punto de vista social. Es quizás la tarea más compleja, dado que cada programa presenta efectos propios.

La ventaja del ACB sobre el de coste/efectividad (ACE)⁽³⁰⁾ es que el primero permite la comparación entre actividades y/o alternativas totalmente distintas, incluso alejadas del terreno de la sanidad, por ej.: educación, transporte, impacto ambiental, y, el segundo únicamente posibilita contrastar actividades que tengan exactamente el mismo fin, verbigracia, el precio que ha costado salvar una vida, evitar una muerte, llegar a un diagnóstico, etc.

Como es evidente, este tipo de técnicas hace difícil justificar programas del anciano, dada la intangibilidad del producto final de la intervención. Por ello existen **criterios económicos** que justifican que a un determinado nivel de incapacidad existe un nivel óptimo de asistencia. Esta asistencia, según el grado de autonomía del sujeto y la necesidad de cuidados, se hace de forma ambulatoria, a domicilio o en una institución adecuada⁽⁹⁰⁾.

No es lógico comparar distintos niveles, ya que cada uno tiene pacientes-usuarios-beneficiarios y servicios diferentes, pero no alternativos.

Finalmente, diremos que desde 1998, los países miembros de la Organización para el Desarrollo y la Cooperación Económica (OECD) avanzan hacia la transparencia de sus mercados de salud locales, incorporando indicadores homólogos para medir el desempeño de sus sistemas de atención de salud (evaluación ex-post):

- Tasas de mortalidad y morbilidad vinculadas a enfermedades evitables.
- Tasas de supervivencia ulteriores a actos médicos.
- Tasas de intervenciones médicas exitosas en cuanto a mejoras en la salud de los usuarios.
- Tasas de eventos adversos posteriores al tratamiento.
- Tasas de satisfacción de los usuarios con el sistema de atención de salud.

Explicitado lo anterior consideramos que este trabajo trascendería lo meramente biomédico - prevención primaria, secundaria y terciaria - y traduciría además la calidad de las políticas socio sanitarias aplicadas en APS referidas al grupo etario mayor de 60 años en la Ciudad de Córdoba.

A partir de este marco conceptual enunciaremos nuestra hipótesis y nuestros objetivos.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

La Atención Primaria en Centros de Salud y Unidades Primarias de Atención de Salud (UPAS) en Córdoba Capital, es deficitaria para las necesidades y requerimientos de los adultos mayores que concurren a los mismos.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Objetivo General

- **Actualizar** información disponible acerca de programas de Atención Primaria de la Salud (APS) no hospitalaria, en los adultos mayores de 60 años.

Objetivos Específicos

- **Establecer relaciones** entre APS no hospitalaria y necesidades y requerimientos de los adultos mayores.
- **Determinar satisfacción general** de los usuarios habituales con los Centros de Salud.
- **Impulsar modelos de atención** en APS que favorezcan la solidaridad y las relaciones intergeneracionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación transversal, descriptiva, correlacional, interpretativa, analítica y observacional realizada dentro del ejido municipal de la Ciudad de Córdoba.

➤ **Transversal - descriptiva - correlacional**

Describimos variables y establecemos asociaciones entre variables en un momento determinado. No buscamos relación de causalidad. Nos limitamos a establecer relaciones entre variables sin prestar sentido de causalidad.

➤ **Interpretativa**

La investigación requirió de la interpretación de leyes y decretos provinciales para lo cual se consultó la Biblioteca de la Legislatura Provincial. Del Boletín Oficial y del Departamento Jurídica del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Además se interpretaron originales de ordenanzas municipales en Oficialía Mayor de la Municipalidad de Córdoba.

➤ **Analítica**

Fue imprescindible el análisis bibliográfico extenso en relación al objetivo general para lo cual:

- Se consultó la Biblioteca y hemeroteca de la Facultad de Ciencias Médicas y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba y de la Universidad Católica de Córdoba.
- Se utilizó material de la carrera de especialista en Geriatria y del Magister de Gerontología de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Se recurrió a material proveniente del soporte informático vía Internet.

➤ **Observacional**

▪ **Observación indirecta no participante**

Por medio de **encuestas** a diferentes actores relacionados con la investigación. Esto es, la opinión de personas que concurren habitualmente

a los Centros de Salud municipales, acerca de accesibilidad, prestaciones, necesidades y requerimientos de los mismos.

FICHA TÉCNICA ESTADÍSTICA:

- **Tipo:** Muestreo probabilístico por conglomerados. Como coinciden con áreas geográficas será un muestreo por áreas, sobre la base de radios censales a partir de las zonas sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6.
- **Universo:** Ejido municipal de la Ciudad de Córdoba.
- **Fuente de datos:** Hombres y mujeres mayores de 60 años.
- **Criterios de exclusión:** Estar orientados temporo - espacialmente.
- **Diseño:** Descriptivo.
- **Método de muestreo:** Probabilístico aleatorio por áreas geográficas.
- **Tamaño de la muestra:** 389 casos.
- **Método de contacto:** Entrevista personal domiciliaria.
- **Instrumento:** Cuestionario con preguntas abiertas y cerradas.
- **Error muestral:** +/- 3,5%
- **Nivel de confianza:** 95%
- **Período de trabajo de campo:** 18 de febrero al 4 de marzo de 2008.

❖ **Primera Etapa**

Para efectuar esta encuesta fue preciso definir Zonas Sanitarias, barrios, calles, números, y horarios de atención, de la Centros de Salud y UPAS de la Ciudad de Córdoba.

Para la localización de los mismos se utilizó el plano catastral obtenido de la Dirección de Arquitectura en el Palacio municipal.

En función de información secundaria proveniente de la Municipalidad de Córdoba, se asignó la cantidad de habitantes de cada una de las Zonas Sanitarias. El último Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda (INDEC 2001) arrojó que el porcentaje de personas mayores de 60 años en la ciudad de Córdoba representan un 13% de la población total de la ciudad. En base a esta cifra se ajustó el universo objeto de la investigación:

Zona Sanitaria	Total de habitantes	Personas mayores de 60 años
1	44.843	5.829,59
2	78.128	10.156,64
3	44.141	5.738,33
4	85.977	11.177,01
5	52.264	6.794,32
6	59.066	7.678,58
TOTALES	364.419	47.374,47

- **ZONA SANITARIA 1**

ZONA NORESTE. CORRESPONDE A LAS SUBÁREAS 6 - 13 - 20 - 21 - 22 - 28 - 29 - 30 - 31 - 38 DE LA CARTOGRAFÍA DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA).

Centros de Salud y UPAS:

Centros de Salud y UPAS	Barrio	Calle	Horario de atención
Nº 1	General Mosconi	Pedro Naón Nº 1330	00 a 24 hrs.
Nº 13	Hipólito Irigoyen	Avellaneda 3571	07 a 17 hrs.
Nº 14	Gral. Bustos	Diagonal Ika 1000	07 a 15 hrs.
Nº 15	Remedios de Escalada	14 Nº 28	07 a 18 hrs.
Nº 17	Villa Azalais Oeste	Acampis esquina Gerchunoff	07 a 17 hrs.
Nº 18	San Jorge	Arredondo esquina Río	07 a 19 hrs.
Nº 19	Sargento Cabral	Francisco Suárez 3170	07 a 18 hrs.
Nº 48	Villa Azalais Este	Milán 2960	07 a 19 hrs.

N° 51	Guiñazú	Con. Jesús María Km. 10 ½	00 a 24 hrs.
U 14 (Depende del Centro N° 1)	Parque Liceo III sección	28 (entre 3 y 4)	07 a 15 hrs.
U 22 (Depende del Centro N° 18)	Patricios Este	H. Vilcapugio y Chorroarin 3546	07 a 15 hrs.

- **ZONA SANITARIA 2**

ZONA ESTE. CORRESPONDE A LAS SUBÁREAS 30 - 31 - 32 -39 - 48 - 49 - 50 - 67 DE LA CARTOGRAFÍA DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA.

Centros de Salud y UPAS:

Centros de Salud y UPAS	Barrio	Calle	Horario de atención
N° 2	Los Sauces	Dalton N° 5459	07 a 17 hrs.
N° 3	Los Pinos	Los Nogales N° 186	07 a 19 hrs.
N° 4	Nueva Italia	José de Quevedo esquina Dos Barrios	07 a 19 hrs.
N° 5	Yofre Norte	Renec Clariac 1875	07 a 17 hrs.
N° 7	Pueyrredón	Pasaje Urtubey Esquina Bracco	07 a 18 hrs.
N° 8	Acosta	Corrientes esquina Paraná	07 a 18 hrs.
N° 10	Colonia Lola	Lola Mora 1324	07 a 19 hrs.

N° 12	Ferreyra	Armas Argentinas 5745	00 a 24 hrs.
N° 32	Yapeyú	Loreto 42	07 a 19 hrs.
N° 56	Empalme	Ariza Esquina Samariego	07 a 19 hrs.
N° 58	Maldonado	Cartechini esq. Blas Parera	00 a 24 hrs.
U05	General Arenales	10 y 12 S/N	07 a 14 hrs.
U08 (Depende del Centro N° 3)	La Floresta Norte	Manzana 96 Lote 2 S/N	07 a 14 hrs.
U10 (Depende del Centro N° 4)	Villa Esquiú	Con. Santa Rosa S/N	07 a 15 hrs.
U16 (Depende del Centro N° 58)	Renacimiento	Manuel de Oliden 448	07 a 14 hrs.
U17	Capullo de la Esperanza	Ruta 9 (S) altura 5300 esq. Huergo	07 a 14 hrs.
U21 (Depende del Centro N° 32)	Bajo Grande	Cam. Chacra de la Merced km. 6 ½	07 a 14 hrs.
U26	Villa La Merced	Ruta 19 alt. Ingreso Malvinas Argentinas -entrar 2,5 km-	08 a 16 hrs.

- **ZONA SANITARIA 3**

ZONA SUD-ESTE. CORRESPONDE A LAS SUBÁREAS 56 - 57 - 58 - 62 - 63 - 65 - 66 - 70 - 71 DE LA CARTOGRAFÍA DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA.

Centros de Salud y UPAS:

Centros de Salud y UPAS	Barrio	Calle	Horario de atención
Nº 11	Colón	Tolosa 2564	07 a 19 hrs.
Nº 27	Pilar	Tapalque esquina Patagones	07 a 14 hrs.
Nº 35	Villa Revol	Chascomús 1350	00 a 24 hrs.
Nº 36	Oña	Copina esquina Amboy	07 a 19 hrs.
Nº 37	José Ignacio Díaz	Pedernera esquina Albornoz	07 a 19 hrs.
Nº 38	Urquiza	Miguel de Mármol 2956	07 a 19 hrs.
Nº 42	Comercial	Virgen de Fátima esquina Río tercero S/N	07 a 19 hrs.
Nº 45	Cabo Farina	Viña del Mar 4651	07 a 17 hrs.
Nº 47	Coronel Olmedo	Huidobro esquina Muñecas	07 a 19 hrs.
Nº 53	Inaudi	Calle 6 esquina Calle 13	07 a 19 hrs.
U 04 (Depende del Centro Nº 47)	Cárcano	Calle 3, Cam. 60 cuadras S/N	07 a 19 hrs.
U 07	José Ignacio Díaz	Av. Sotomayor 3000	07 a 14 hrs.

(Depende del Centro N° 37)			
U 11	Cerveceros	Onofrio Palmar 2723	07 a 15 hrs.
U 15	Albert Sabin	Zona los Cortaderos	07 a 15 hrs.

• **ZONA SANITARIA 4**

ZONA SUD. CORRESPONDE A LAS SUBÁREAS 44 - 45 - 46 -53 - 54 - 55 - 61 - 62 - 69 - 70 DE LA CARTOGRAFÍA DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA.

Centros de Salud y UPAS:

Centros de Salud y UPAS	Barrio	Calle	Horario de atención
N° 23	Ameguino Sud	Uritorco esquina Talma 3405	07 a 19 hrs.
N° 24	Cupani	Albeniz 1454	07 a 17 hrs.
N° 39	Ferrer	Bustos Ferreyra 3097	07 a 14 hrs.
N° 40	Las Flores	Av. Armada Argentina 105	07 a 19 hrs.
N° 41	Villa El Libertador	Campichuelo S/N	00 a 24 hrs.
N° 43	Güemes	Bolivar 826	07 a 14 hrs.
N° 44	Bella Vista	A. Dumas esquina Venus	07 a 15 hrs.
N° 46	Santa Isabel	Bariloche S/N	07 a 18 hrs.
N° 50	Villa Adela	Gabriela Mistral 4711	07 a 19 hrs.
N° 59	Congreso	Curazao esquina	07 a 15 hrs.

		Realicó	
U 01 (Depende del Centro N° 50)	San Roque	Gúemes 4353	07 a 19 hrs.
U 06	Estación las Flores	Silvio Pettirosi 2628	07 a 14 hrs.
U 09	Parque Futura	Guanazacate esquina Araba S/N	07 a 16 hrs.
U 12 (Depende del Centro N° 50)	Villa Unión	Viedma Recalde 5980	07 a 17 hrs.
U 19	Ameguiño Norte	Félix Paz 1835	07 a 14 hrs.
U 23 (Depende del Centro N° 46)	Villa El Libertador	Río Negro 5866	07 a 17 hrs.

- **ZONA SANITARIA 5**

ZONA SUD-OESTE. CORRESPONDE A LAS SUBÁREAS 26 - 35 - 36 - 37 - 44 - 45 - 52 DE LA CARTOGRAFÍA DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA.

Centros de Salud y UPAS:

Centros de Salud y UPAS	Barrio	Calle	Horario de atención
N° 9	Alberdi Oeste	Dr. Pedro Chutro 169	07 a 14 hrs.
N° 22	Alberdi Sud	Gabino Blanco esquina Ángel Avalos 2229	07 a 14 hrs.
N° 26	Santa Ana	Gurruchaga 700	00 a 24 hrs.
N° 28	Las Violetas	Av. Locatelli y Otero 5000	07 a 21 hrs.

N° 29	Villa Siburu	C. Arzac 550	07 a 15 hrs.
N° 30	Villa Páez	Pje. E. Conti esq. Remonda	07 a 18 hrs.
N° 49	Colinas Del Cerro	Calle Bis S/N	07 a 19 hrs.
N° 52	Villa Urquiza	Triunvirato Esquina Humberto Primo	07 a 19 hrs.
N° 55	Las Palmas	Miguel de Sopena 384	07 a 17 hrs.
U 24 (Depende del Centro N° 50)	Sachi	El Dorado 6050	11 a 19 hrs.

- **ZONA SANITARIA 6**

ZONA NOR-OESTE. CORRESPONDE A LAS SUBÁREAS 2 - 3 - 7 - 9 - 15
- 16 -19 - 27 - 28 DE LA CARTOGRAFÍA DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA.

Centros de Salud y UPAS:

Centros de Salud y UPAS	Barrio	Calle	Horario de atención
N° 6	Villa Rivera Indarte	Suipacha esquina Ituzaingó	07 a 18 hrs.
N° 16	Zumarán	Sebastián Gaboto 2356	07 a 17 hrs.
N° 20	Las Margaritas	H. Malvino 2662	07 a 14 hrs.
N° 21	Marqués Sobremonte	de Nulfo de Aguilar S/N	07 a 18 hrs.
N° 31	La Salle	Berlín 182	07 a 14 hrs.
N° 33	Argüello	Av. Donato Alvarez Km 9 ½	00 a 24 hrs.

N° 34	Villa 9 de Julio	Coqueta esq. Huerpes 8100	07 a 15 hrs.
N° 54	Los Boulevares	Bv. Mendoza	07 a 16 hrs.
N° 57	Argüello IPV Norte	Calle Pública S/N	07 a 19 hrs.
U 02 (Depende del Centro N° 57)	16 de Noviembre	Urquiza, Manzana 1 - lote 41 -	07 a 19 hrs.
U 03 (Depende del Centro N° 57)	Villa Cornú	Obrador del Barrio S/N	07 a 15 hrs.
U 18 (Depende del Centro N° 34)	Villa Allende Parque	Calle 15 (entre 18 y 19)	07 a 14 hrs.
U 20 (Depende del Centro N° 57)	Villa Argüello	Bucci (entre Tanti y Mallín) S/N	07 a 15 hrs.
U 25 (Depende del Centro N° 54)	Km. 8	Costa Canal - Cam. Pajas Blancas	08 a 16 hrs.

❖ Segunda Etapa

Se calculó la incidencia de cada Zona Sanitaria sobre la población total:

Zona Sanitaria	Porcentaje
1	12%
2	21%
3	12%
4	24%
5	14%
6	16%

❖ **Tercera Etapa**

Las proporciones que surgieron de la segunda etapa, se aplicaron sobre el tamaño de muestra con la que se resolvió trabajar, es decir 389 encuestas, con lo cual se garantizó mantener la misma incidencia de casos que en el universo.

Zona Sanitaria	Tamaño de las submuestras
1	47
2	82
3	47
4	93
5	55
6	65
Totales	389

❖ **Cuarta etapa**

Los Centros de Salud relevados dentro de cada Zona Sanitaria se seleccionaron de manera aleatoria y fueron:

Zona Sanitaria N°1	B° Gral Bustos (N° 14) B° Villa Azalais Este (N° 48) B° Guiñazú (N° 51)
Zona Sanitaria N°2	B° Los Pinos (N° 3) B° Pueyrredón (N° 7) B° Yapeyú (N° 32) B° La Floresta Norte (Upa N° 8)
Zona Sanitaria N°3	B° Colón (N° 11) B° Oña (N° 36) B° Comercial (N° 42)
Zona Sanitaria N°4	B° Ameghino Sud (N° 23) B° Villa El Libertador (N° 41) B° Villa Adela (N° 50) B° Parque Futura (Upa N° 9)
Zona Sanitaria N°5	B° Alberdi Oeste (N° 9) B° Villa Siburu (N° 29)

	B° Las Palmas (N° 25)
Zona Sanitaria N°6	B° Zumarán (N° 16) B° Argüello (N° 33) B° Villa Cornú (Upa N° 3)

❖ **Quinta etapa**

A efecto de mantener la misma proporción de varones y mujeres y de respetar la misma distribución por edades se mantuvieron las proporciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001.

MODELO DE CUESTIONARIO UTILIZADO: Proviene de los eurobarómetros sanitarios⁽³⁸⁾ ⁽¹¹⁴⁾, revalidado (ver Anexo 1, Revalidación del Instrumento de Medición, Pág. 115).

Encabezado: El presente cuestionario esta dirigido a personas de ambos sexos mayores de 60 años y diferentes ocupaciones. Tiene como objetivo conocer algunas opiniones sobre el Centro de Salud al que concurren habitualmente. Todo lo que usted manifieste será muy valioso para nosotros. La presente encuesta es **anónima y voluntaria**.

➤ **Sexo:**

- M
- F

➤ **Edad:**

- 60 - 64
- 65 - 69
- 70 - 74
- 75 - 79
- 80 - 84
- 85 - 89
- 90 - 95

➤ **Estado Civil:**

- Soltero/a

- Casado
- Viudo/a
- Separado/a
- Unido/a

➤ **Con quien vive:**

- Cónyuge
- Hijos
- Nietos
- Otro familiar
- Amigos
- Solo/a

➤ **Origen de sus ingresos:**

- Trabajo
- Jubilación
- Pensión
- Ayuda de familiares
- Planes (jefes y jefas u otro)

➤ **Nivel de instrucción:**

- Sin instrucción
- Primario incompleto - completo
- Secundario incompleto - completo
- Terciario incompleto - completo
- Universitario incompleto - completo

➤ **¿Tiene dificultades para trasladarse al Centro de Salud?**

- Si
- No

Si es Si:

- Por la distancia
- Por limitaciones físicas

- Por limitaciones económicas
- Otra ¿Cuál?.....

➤ **Tiempo de espera habitual en Centro de Salud:**

- No hay tiempo de espera
- Espero menos de media hora
- Espero alrededor de cuarenta minutos
- Espero más de una hora

➤ **El centro al que concurre posee...**

• Rampa	Posee	No posee	Ns/N/c
• Pasamanos	Posee	No posee	N/s/Nc
• Desniveles	Posee	No posee	N/s/Nc
• Señalización de salida del edificio	Posee	No posee	N/s/Nc
• Matafuego	Posee	No posee	N/s/Nc

➤ **Está dentro del programa alimentario:**

- Si
- No

➤ **Dado que usted concurre habitualmente al Centro de Salud lo hace por:**

- Atención de proceso crónico: Si - No.
- Actividades preventivas: Si - No
- Entrega de medicamentos: Si - No
- Entrega de alimentos: Si - No
- Otras razones: ¿Cuáles?.....

➤ **El Centro de Salud le entrega medicamentos...**

- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- No me entrega medicamentos

- **Los medicamentos que le entregan habitualmente son:**
 - Todos los que le indican en el Centro de Salud
 - Algunos de los que le indican en el Centro de Salud
 - Ninguno de los que le indican en el Centro de Salud

- **¿Ha requerido internación en el último año?**
 - Si
 - No

- **¿Ha tenido asistencia domiciliaria en el último año?**
 - Si
 - No

- En caso si, ¿Quién se la brindó?**
 - Equipo de Centro de Salud
 - 107
 - 136
 - Otra ¿Cuál?.....

- **¿Ha sido vacunado en el último año?**
 - Si
 - No

- **¿Fue vacunado en el Centro de Salud?**
 - Si
 - No

- **¿Qué vacunas recibió?**
 - Antigripal
 - Antitetánica
 - Para la neumonía
 - Doble
 - Otra ¿Cuál?

➤ **De acuerdo a su criterio, ¿Qué debería cambiar para mejorar el servicio que presta el Centro de Salud?**

- Más dispensarios
- Más horas de atención
- Médicos especialistas
- Más enfermeras
- Más tiempo para la consulta
- Más provisión de medicamentos
- Mejor provisión de medicamentos
- Mejores accesos
- Más confort
- Bolsones alimentarios
- Otros ¿Cuáles?.....

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Efectuada la recolección de la información (ver Anexo 2, Ficha técnica estadística utilizada, Pág. 118.), la misma fue capturada por el programa TELEform a través de un sistema de escaneado y la base de datos obtenida se procesó a través del programa estadístico SPSS (ver Anexo 3, Certificación de las encuestas realizadas y procesadas, Pág. 120.).

Las técnicas estadísticas que se utilizaron en el procesamiento de datos fueron las siguientes:

- 1) **Análisis Univariado:** Se realizó el análisis exploratorio de la información. Se generaron tablas, figuras e indicadores que contribuyeron a resumir y analizar datos.
Se evaluó la posibilidad de generar hipótesis y verificar el cumplimiento de las mismas.
- 2) **Análisis Bivariado:** Se generaron tablas cruzadas a efecto de detectar posibles asociaciones entre variables. Se evaluó la posibilidad de generar nuevas hipótesis y verificar el cumplimiento o no de las mismas.

- 3) **Análisis Estadístico Inferencial:** En una segunda etapa de interpretación de los resultados se procedió al análisis estadístico inferencial. Los criterios con los que se trabajó a nivel de prueba de hipótesis fueron:
- En razón de manejar **variables categóricas**, se utilizaron tablas de contingencia para el análisis de la información. A través de ellas se analizaron las posibles relaciones existentes entre variables.
 - En caso de existir asociación entre las mismas se calcularon distintos coeficientes de asociación a efectos de establecer la intensidad de la relación (coeficiente Phi).
 - La regla de decisión en cada prueba aplicada fue “Rechazar la Hipótesis Nula”, para valores de probabilidad inferiores al nivel de significación (valor $p < \alpha$).
 - El nivel de significación fue del 5%, es decir un $\alpha = 0,05$
 - A efecto de determinar si dos variables categóricas son independientes o están relacionadas es que se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado para cada uno de los análisis presentados. Las tablas de contingencia que se emplearon en todos los casos, se componen de dos vías o entradas y muestran la relación.

Finalmente desde la bioética este trabajo se corresponde en un todo a las directivas de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (A.N.M.A.T.) Esto es, categoría I - **investigación sin riesgo** - ; por tratarse de un estudio en las que no se realizó ninguna intervención o modificación intencional en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaron del mismo.

RESULTADOS

RESULTADOS

En este estudio transversal, descriptivo, correlacional y observacional indirecto no participante sobre 389 encuestas efectuadas en las 6 zonas sanitarias en que se divide el ejido municipal de la Ciudad de Córdoba sobre accesibilidad, prestaciones, necesidades y requerimientos de los Adultos Mayores (AM) de 60 años se obtuvieron los siguientes resultados que se presentan en tablas y figuras en la siguiente secuencia:

1. Características sociodemográficas de la muestra: Distribución de los AM según:

- **Sexo:** claramente predomina el sexo femenino (ver Tabla 1, pág. 58).
- **Edad:** las cohortes de edades que más concurren a APS no hospitalarias en Centros de Salud y UPAS son las comprendidas entre los 60-64 años, 70-74 y 65-69 años respectivamente. (ver Tabla 2, pág. 58)
- **Nivel de instrucción:** el primario completo es el más frecuente, le sigue el primario incompleto. Secundario completo y sin instrucción representan el mínimo de porcentaje de los encuestados. (ver Tabla 3, pág. 59)
- **Estado civil:** viudos/as ocupa el primer lugar de la encuesta, seguido por los unidos/as y los solteros/as. (ver Tabla 4, pág. 59)
- **Origen de los ingresos:** en orden decreciente son: ayuda de familiares, planes sociales, trabajo, etc. (ver Fig.1, pág. 60)
- **Personas con las que viven:** cónyuge o pareja es el más detectado en la encuesta, le siguen hijos, bisnietos y nietos. (ver Fig. 2, pág. 60)
- **Zona sanitaria:** la zona sanitaria más poblada y por tanto la más encuestada es la 4 seguida por la 2, la 6 y la 5. (ver Tabla 5, pág. 61)

2. Análisis descriptivo:

- **Existencia de dificultades de los AM para trasladarse a los Centros de Salud:** la mayor proporción de los encuestados refieren que tienen dificultades para trasladarse. (ver Tabla 6, pág. 61)
- **Principales dificultades para trasladarse:** fueron limitaciones físicas, la distancia, calles de tierra en mal estado, calle con pendientes, etc. (ver Tabla 7, pág. 62)

- **Tiempo de espera habitual:** alrededor de 40 minutos a una hora seguida por espero mas de 1 hora, fueron las principales respuestas. (ver Fig. 3, pág. 62)
- **Seguridad edilicia para los AM en los Centros de Salud:** respecto a rampas, pasamanos, desniveles, señalización, matafuegos. Ninguno de los 389 encuestados contestó afirmativamente de la existencia de señalizaciones. (ver Fig. 4, pág. 63)
- **Inclusión en el programa alimentario:** muy pocos AM contestaron afirmativamente que estuvieran dentro de este programa. (ver Tabla 8, pág. 63)
- **Razones principales de concurrencia:** el motivo mas frecuente esgrimido es entrega de medicamentos, le siguen atención de procesos crónicos, certificados médicos, actividades preventivas, etc. (ver Tabla 9, pág. 64)
- **Frecuencia en la entrega de medicamentos:** ocasionalmente fue la respuesta de la mayoría de los encuestados. (ver Tabla 10. pág. 64)
- **Medicamentos indicados entregados:** alguno de los indicados en el Centro de Salud fue el ítem más contestado. (ver Tabla 11, pág. 65)
- **Necesidad de internación en el último año:** 108 de los 389 encuestados requirieron internación. (ver Tabla 12, pág. 65)
- **Asistencia médica domiciliaria:** 165 de los 389 entrevistados requirieron atención domiciliaria. (ver Tabla 13, pág. 65)
- **Servicio que brindó la asistencia médica domiciliaria:** en orden decreciente fueron el 136 (Programa Familia Salud de la provincia), PADES (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte Provincial), etc.. (ver Tabla 14, pág. 66).
- **AM vacunados:** 174 sobre 389 respuestas. (ver Tabla 15, pág. 66)
- **Proporción de AM vacunados en los Centros de Salud:** uno. (ver Tabla 16, pág. 66)
- **Vacunas recibidas por los AM en otras reparticiones sanitarias:** antigripal, antitetánica, doble. (ver Fig. 5, pág. 67)
- **Requerimientos de los AM a efectos de mejorar el servicio de los Centros de Salud:** la secuencia de requerimientos de mayor a menor es mejor provisión de medicamentos, bolsones alimentarios, mejores accesos,

más tiempo de consulta (entrevista de mayor duración), vacunación en los Centros de Salud, atención domiciliaria, etc. (ver Tabla 17, pág. 67)

3. **Asociación de variables:**

➤ **Entre dificultad para trasladarse y:**

1) **Limitaciones físicas:** $p= 0,00000$, $\alpha = 0,05$, $\Phi= 0,672$. (ver Fig. 6, pág. 68)

2) **Necesidad de internación:** $p=0,00000$, $\alpha = 0,05$, $\Phi= 0,323$. (ver Fig. 7, pág. 69)

3) **Asistencia por procesos crónicos:** $p= 0,00000$, $\alpha =0,05$, $\Phi= 0,498$ (ver Fig. 8, pág. 69)

4) **Requerimiento para que los Centros de Salud brinden asistencia domiciliaria:** $p= 0,00000$, $\alpha =0,05$, $\Phi= 0,601$. (ver Fig. 9, pág. 70)

➤ **Entre limitaciones físicas y:**

1) **Necesidad de internación:** $p= 0,00000$, $\alpha =0,05$, $\Phi= 0,398$. (ver Fig. 10, pág. 70)

2) **Entrega de medicamentos:** $p= 0,003$, $\alpha =0,05$, $\Phi= 0,151$. (ver Fig. 11, pág. 71)

3) **Requerimiento para que los Centros de Salud brinden asistencia domiciliaria:** $p= 0,00000$, $\alpha =0,05$, $\Phi= 0,87$. (ver Fig.12, pág. 71)

➤ **Entre atención por actividades preventivas y requerimiento de internación:** $p= 0,003$, $\alpha =0,05$, $\Phi= 0,152$. (ver Fig. 13, pág. 72)

➤ **Entre atención por proceso crónico y requerimiento de internación:** $p= 0,00000$, $\alpha =0,05$, $\Phi= 0,337$. (ver Fig.14, pág. 72)

➤ **Entre vacunados y requerimiento de ser vacunados en Centros de Salud:** $p= 0,00000$, $\alpha =0,05$, $\Phi= 0,414$. (ver Fig.15, pág. 73)

➤ **Entre frecuencia en la entrega y cantidad de medicamentos indicados y entregados:** $p= 0,026$, $\alpha =0,05$, $\Phi= 0,127$. (ver Fig.16, pág. 74)

En todos los casos al analizar estadísticamente la asociación de variables se concluye que están asociadas con mayor o menor intensidad, a partir del:

4. **Análisis estadístico inferencial:** ver Tabla 18, pág. 75.

5. **Satisfacción general de los usuarios:** ver Tabla 19, pág. 78.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Tabla 1
Distribución de los adultos mayores que asisten a Centros de Salud según sexo. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Categorías	Número de personas	Porcentaje del total
Femenino	257	66,10
Masculino	132	33,90
Total	389	100,00

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Tabla 2
Distribución de los adultos mayores que concurren a Centros de Salud según edad. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Categorías (Años)	Número de personas	Porcentaje del total
60 a 64	125	32,10
65 a 69	72	18,50
70 a 74	89	22,90
75 a 79	46	11,80
80 a 84	50	12,9
85 a 89	7	1,80
Total	389	100,00

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Tabla 3
Distribución de los adultos mayores que concurren a Centros de Salud según nivel de instrucción máximo alcanzado. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

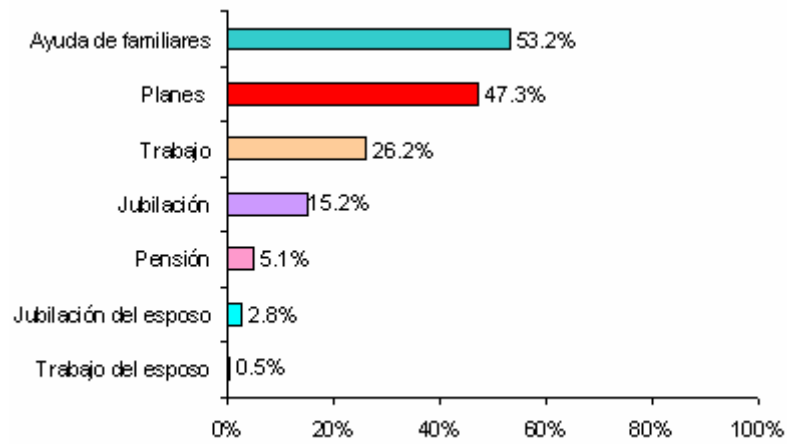
Categorías Nivel de Instrucción	Número de personas	Porcentaje del total
Sin instrucción	6	1,54
Primario incompleto	99	25,45
Primario completo	192	49,36
Secundario incompleto	85	21,86
Secundario completo	7	1,79
Total	389	100,00

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Tabla 4
Distribución de los adultos mayores que concurren a Centros de Salud según estado civil. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

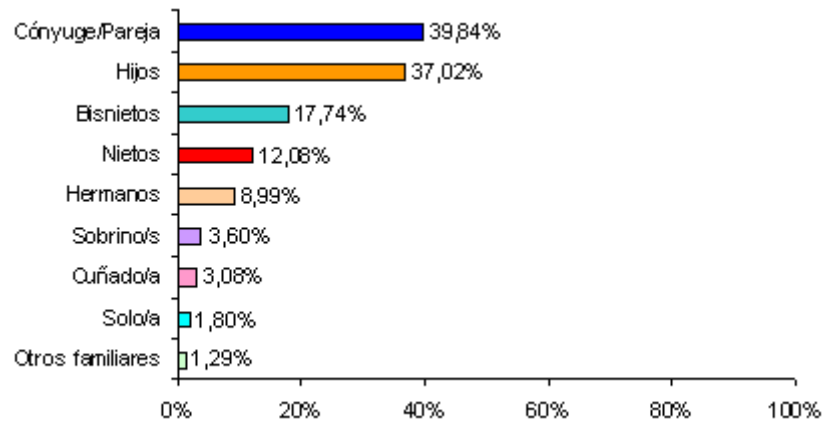
Categorías Estado Civil	Número de personas	Porcentaje del total
Soltero/a	70	18,00
Casado/a	56	14,40
Viudo/a	125	32,13
Separado/a	19	4,88
Unido/a	119	30,59
Total	389	100,00

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6



Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Figura 1. Origen de los ingresos de los adultos mayores que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.



Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Figura 2. Personas con las que viven los adultos mayores que concurren a Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Tabla 5
Distribución de los adultos mayores que concurren a los Centros de Salud según zonas sanitarias. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Categorías Zonas	Número de personas	Porcentaje del total
Zona 1	47	12,08
Zona 2	82	21,07
Zona 3	47	12,08
Zona 4	93	23,90
Zona 5	55	14,14
Zona 6	65	16,73
Total	389	100,00

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

ANÁLISIS DESCRIPTIVO (ANÁLISIS UNIVARIADO)

Tabla 6
Existencia de dificultades de los adultos mayores para trasladarse a los Centros de Salud en la ciudad de Córdoba. Año 2008.

Categorías	Número de personas	Porcentaje del total
Tienen dificultades	245	63,00
No tienen dificultades	144	37,00
Total	389	100,00

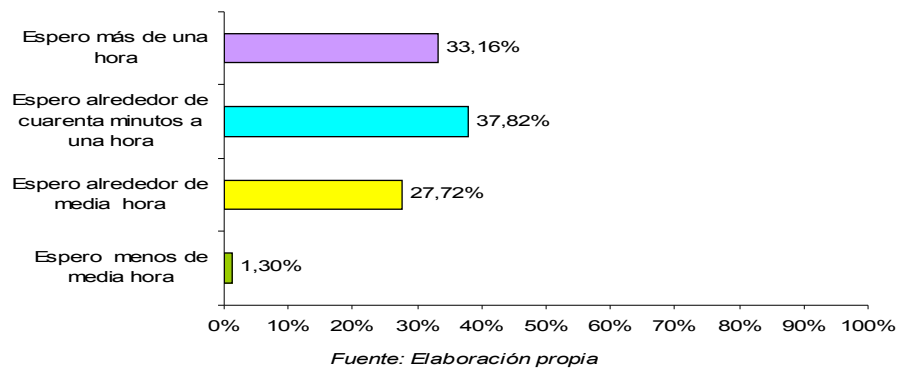
Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Tabla 7. Principales dificultades encontradas por los adultos mayores para trasladarse a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Categorías	Número de personas	Porcentaje del total
Limitaciones físicas	173	70,60
Distancia	128	52,20
Calles de tierra en mal estado	84	34,30
Calles con pendientes	28	11,40
Limitaciones económicas	20	8,20
Lejos	13	5,30
Cruce de calles peligrosas	13	5,30
Vías del ferrocarril	5	2,00

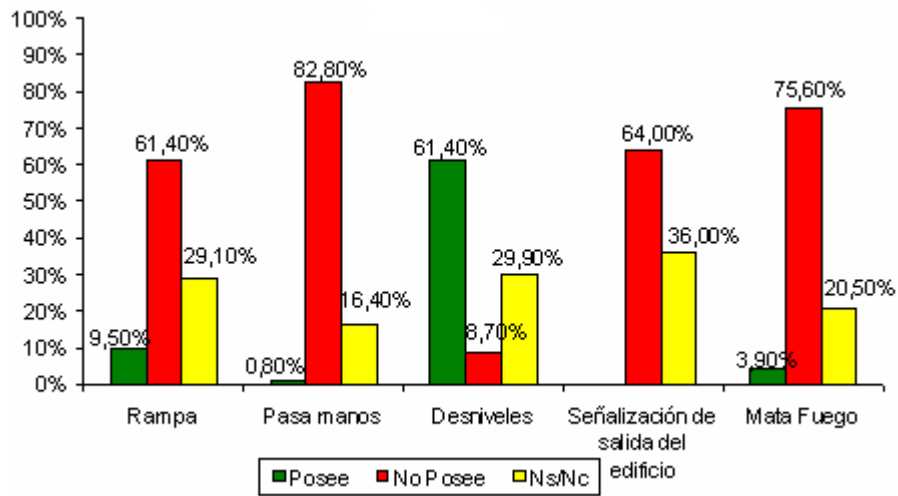
Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Gráfico N°10 Tiempo de espera habitual de los adultos mayores en los Centros de Salud de la ciudad de Córdoba, 2005



Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Figura 3. Tiempo de espera habitual de los adultos mayores en los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.



Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Figura 4. Seguridad edilicia para los AM en los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Tabla 8
Inclusión en el programa alimentario de los adultos mayores que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Categorías	Número de personas	Porcentaje del total
Incluidos		
Sí	19	4,90
No	370	95,10
Total	389	100,00

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Tabla 9
Razones principales de concurrencia de los adultos mayores a los Centros de Salud.
Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Categorías	Número de personas	Porcentaje del total
Entrega de medicamentos	297	76,30
Atención de procesos crónicos	232	59,60
Certificados médicos	123	31,60
Actividades preventivas	102	26,20
Recetas médicas	56	14,40
Entrega de alimentos	23	5,90
Control de enfermería	23	5,90
Sociales	20	5,10
Curaciones	13	3,30
Nebulizaciones	12	3,10
Colocación de inyecciones	3	0,77
Certificados de supervivencia	2	0,51
Entrega de leche	1	0,26
Total	389	

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Tabla 10
Frecuencia en la entrega de medicamentos a los adultos mayores que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Categorías	Número de personas	Porcentaje del total
Frecuentemente	139	35,70
Ocasionalmente	173	44,50
No me entregan medicamentos	77	19,8
Total	389	100,00

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Tabla 11
Medicamentos indicados entregados a los adultos mayores que concurren a Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Categorías	Número de personas	Porcentaje del total
Todos los indicados en el Centro de Salud	116	37,17
Algunos de los indicados en el Centro de Salud	196	62,83
Total	312	100,00

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Tabla 12
Necesidad de internación en el último año de los adultos mayores que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Categorías	Número de personas	Porcentaje del total
Incluidos		
Sí	108	27,76
No	281	72,24
Total	389	100,00

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Tabla 13
Asistencia médica domiciliaria en el último año. Adultos mayores que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Categorías	Número de personas	Porcentaje del total
Sí	165	42,40
No	224	57,60
Total	389	100,00

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Tabla 14

Servicio que brindó la asistencia médica domiciliaria a los adultos mayores que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Categorías	Número de personas	Porcentaje del total
No requirieron	224	57,60
136*	103	26,48
PADES*	37	9,51
PAMI*	16	4,11
Asistencia Privada	3	0,77
Equipo del Centro de Salud	2	0,51
Médico del barrio	1	0,26
107*	0	0,00
Otro	3	0,77
Total	389	100,00

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Tabla 15

Proporción de adultos mayores vacunados que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Categorías	Número de personas	Porcentaje del total
Sí	174	44,70
No	215	55,30
Total	389	100,00

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Tabla 16

Proporción de adultos mayores vacunados en los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Categorías	Número de personas	Porcentaje del total
Sí	1	0,58
No	173	99,42
Total	174	100,00

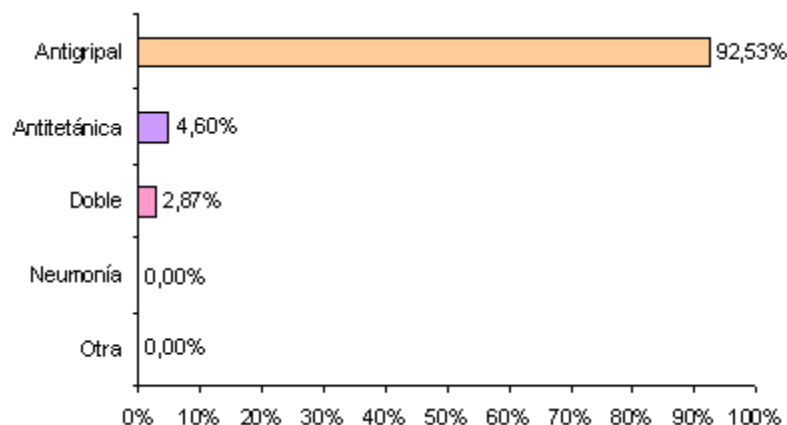
* 136: Programa Familia-Salud

* PADES: Programa de Atención Domiciliaria y Equipo de Soporte.

* PAMI: Programa de Atención Médica Integral

* 107: Programa de Emergencia Municipal.

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6



Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Figura 5. Vacunas recibidas por los adultos mayores en otras reparticiones sanitarias y que asisten a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Tabla 17

Requerimientos de los adultos mayores que concurren a los Centros de Salud a efecto de mejorar el servicio de los mismos. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Categorías	Número de personas	Porcentaje del total
Mejor provisión de medicamentos*	249	64,01
Bolsones alimentarios	232	59,64
Mejores accesos	219	56,30
Más tiempo de consulta**	200	51,41
Vacunación en los centros de salud	190	48,84
Atención domiciliaria	176	45,24
Más provisión de medicamentos***	170	43,70
Más enfermeras	161	41,39
Más dispensarios	149	38,30
Médicos especialistas	140	35,99
Menor tiempo de espera	70	17,99
Más horas de atención	56	14,40
Pavimentación de las calles	44	11,31
Prioridad en la atención de discapacitados	23	5,91
Arreglo del centro de salud	7	1,80
Más confort	5	1,29
Otros	6	1,54

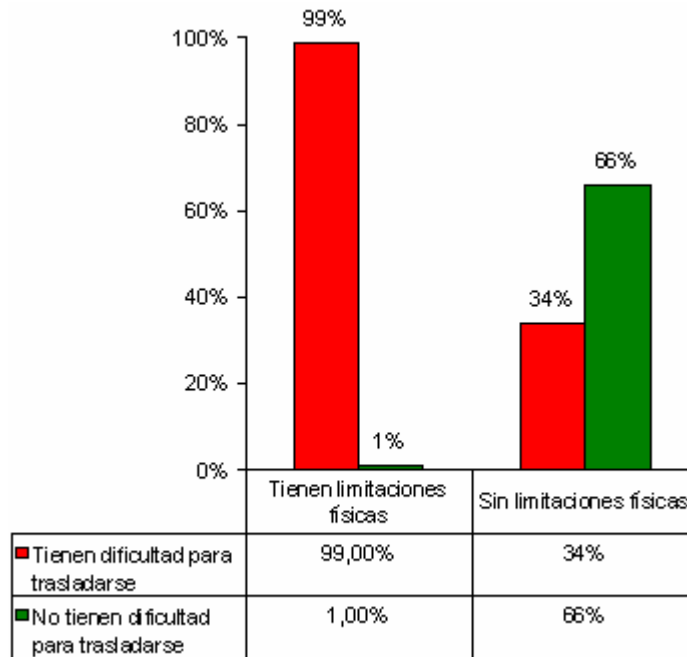
* Mejor provisión de medicamentos: Más variedad de medicamentos

** Más tiempo de consulta: Entrevistas de mayor duración

*** Más provisión de medicamentos: Más cantidad de medicamentos

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

ASOCIACIÓN DE VARIABLES (ANÁLISIS BIVARIADO)



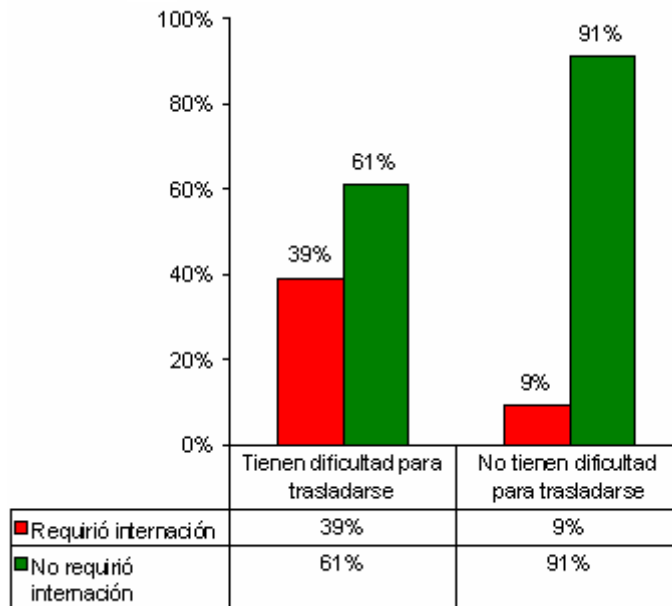
Valor p = 0,00000

$\alpha = 0,05$

Coef Phi = 0,672

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

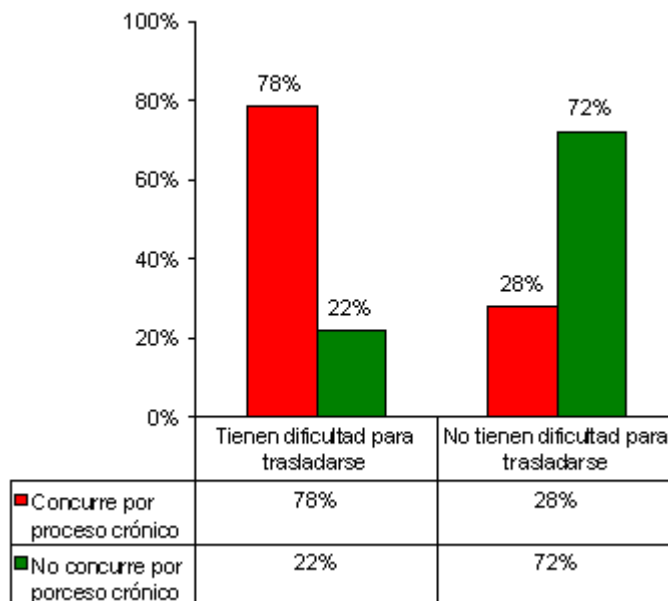
Figura 6. Asociación entre dificultad para trasladarse y limitaciones físicas. Adultos mayores que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.



Valor p = 0,00000 $\alpha = 0,05$ Coef Phi = 0,323

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

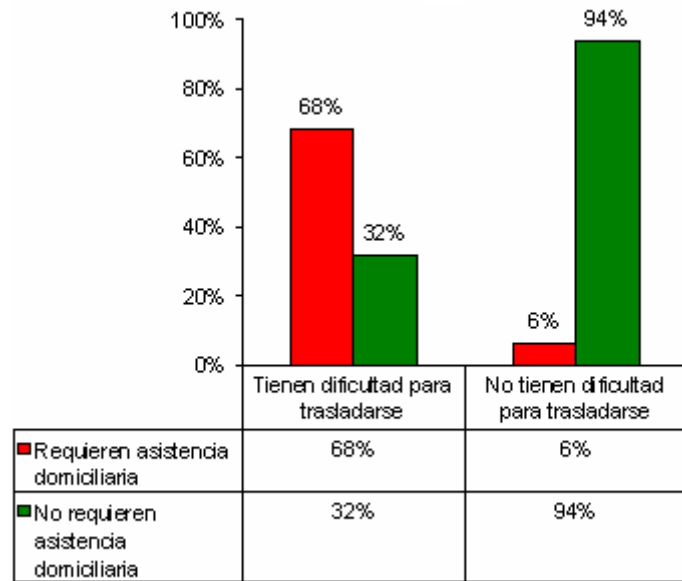
Figura 7. Asociación entre dificultad para trasladarse y necesidad de internación. Adultos mayores que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.



Valor p = 0,00000 $\alpha = 0,05$ Coef Phi = 0,498

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

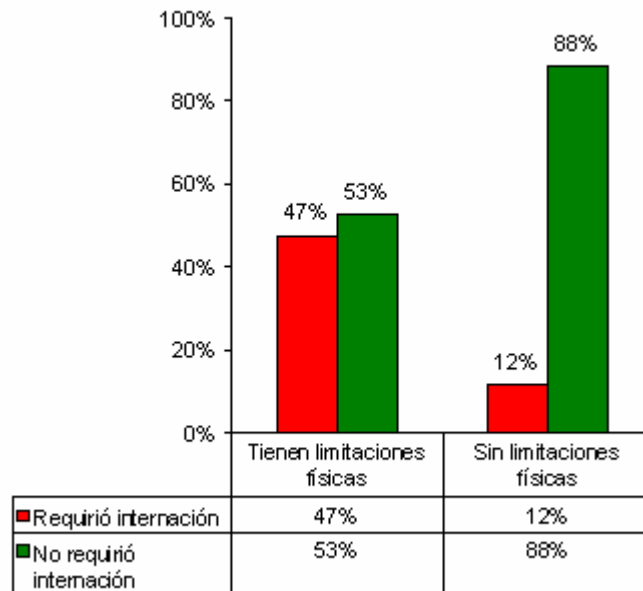
Figura 8. Asociación entre dificultad para trasladarse y asistencia por procesos crónicos. Adultos mayores que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.



Valor p = 0,00000 $\alpha = 0,05$ Coef Phi = 0,601

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

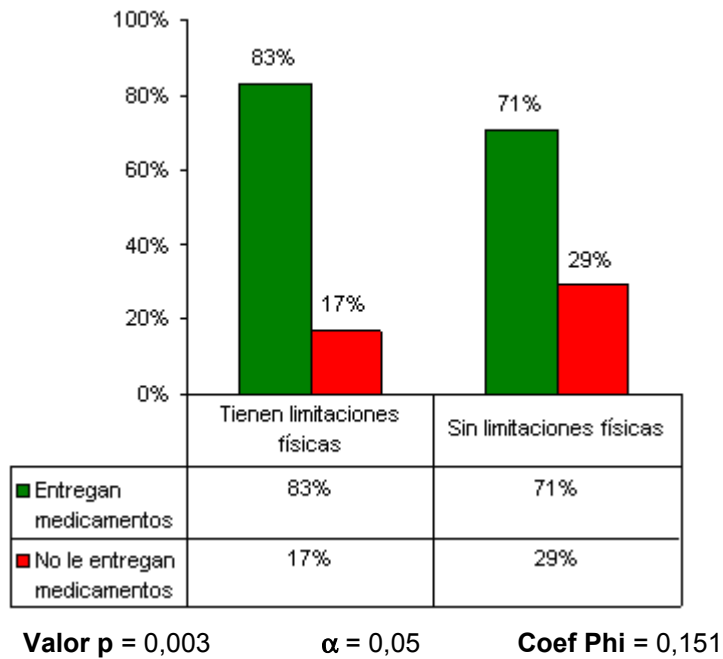
Figura 9. Asociación entre dificultad para trasladarse y requerimiento para que los Centros de Salud brinden asistencia domiciliaria. Adultos Mayores. Ciudad de Córdoba. Año 2008.



Valor p = 0,00000 $\alpha = 0,05$ Coef Phi = 0,398

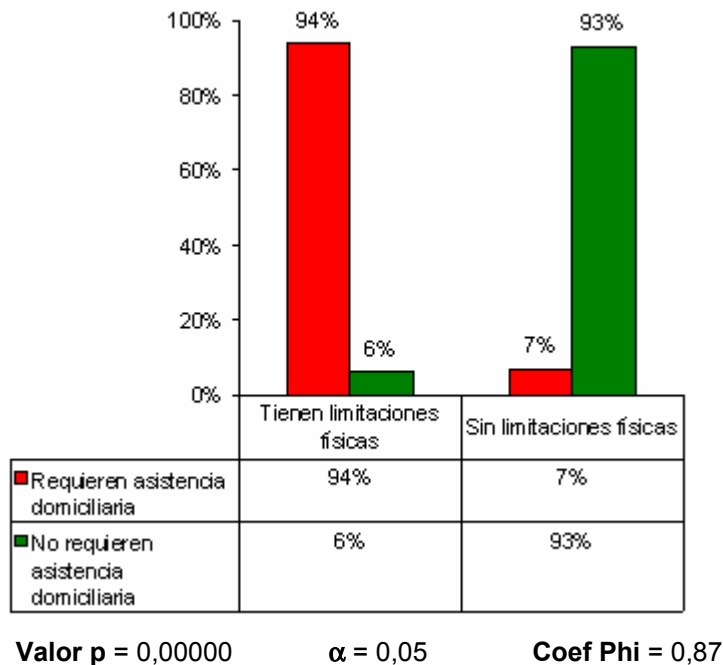
Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Figura 10. Asociación entre limitaciones físicas y necesidad de internación en el último año. Adultos mayores que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.



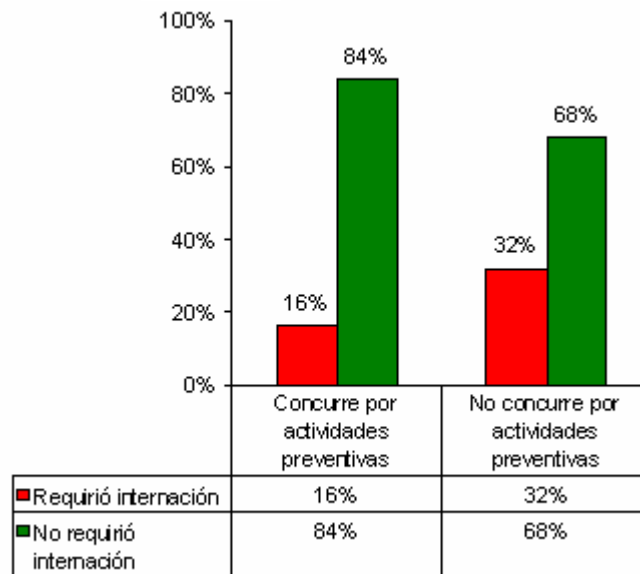
Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Figura 11. Asociación entre limitaciones físicas y entrega de medicamentos. Adultos mayores que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.



Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

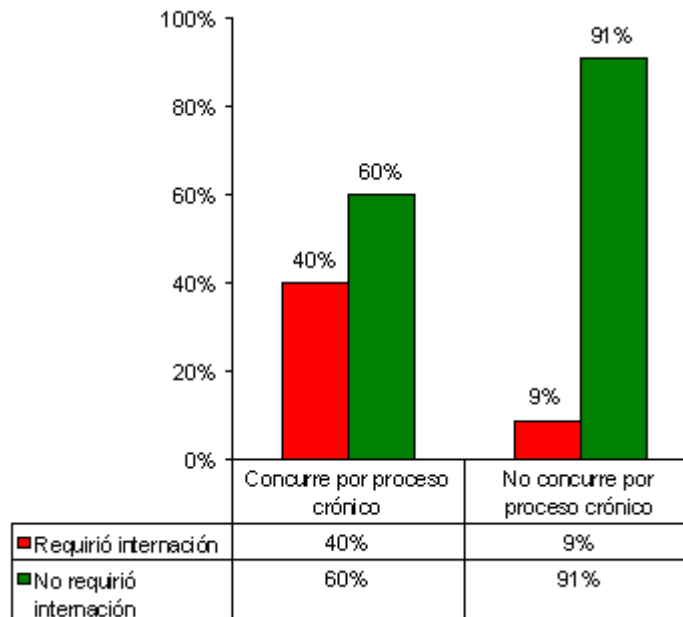
Figura 12. Asociación entre limitaciones físicas y requerimiento para que los Centros de Salud brinden asistencia domiciliaria. Adultos Mayores. Ciudad de Córdoba. Año 2008.



Valor p = 0,003 $\alpha = 0,05$ Coef Phi = 0,152

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

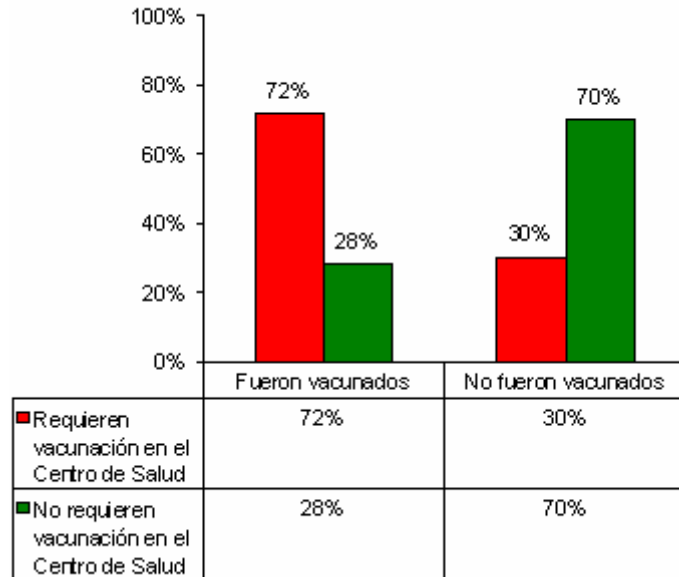
Figura 13. Asociación entre atención por actividades preventivas y requerimiento de internación el último año. Adultos mayores que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.



Valor p = 0,00000 $\alpha = 0,05$ Coef Phi = 0,337

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Figura 14. Asociación entre atención por proceso crónico y requerimiento de internación el último año. Adultos mayores que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.



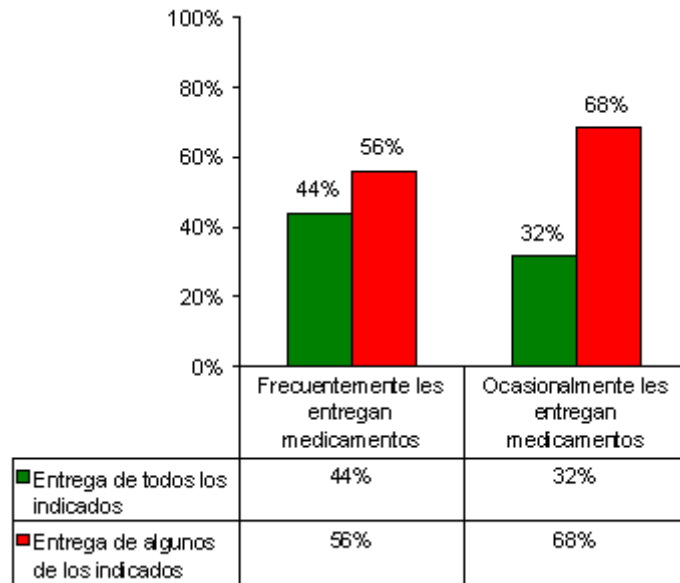
Valor p = 0,00000

$\alpha = 0,05$

Coef Phi = 0,414

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Figura 15. Asociación entre vacunados y requerimiento de ser vacunados en los Centros de Salud. Adultos mayores que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.



Valor p = 0,026

$\alpha = 0,05$

Coef Phi = 0,127

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6

Figura 16. Asociación entre frecuencia en la entrega y cantidad de medicamentos indicados y entregados. Adultos Mayores que concurren a los Centros de Salud. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Tabla 18
Análisis Estadístico Inferencial

Variables	Estadístico Chi-cuadrado	Valor p	Nivel de significancia	Relación	Coefficiente Phi	Valores muestrales	Grado de Asociación
Dificultad para trasladarse y limitaciones físicas.	175,603	0,00000	0,05	Las variables están asociadas	0 a 1	0,672	Asociación buena
Dificultad para trasladarse y requerimiento de internación en el último año	39,585	0,00000	0,05	Las variables están asociadas	0 a 1	0,323	Asociación moderadamente buena
Dificultad para trasladarse y asistencia por procesos crónicos	96,43	0,00000	0,05	Las variables están asociadas	0 a 1	0,498	Asociación moderadamente buena
Dificultad para trasladarse y requerimiento para que los Centros de Salud brinden asistencia domiciliaria.	140,331	0,00000	0,05	Las variables están asociadas	0 a 1	0,601	Asociación buena

Limitaciones físicas para trasladarse y requerimiento de internación en el último año	60,065	0,00000	0,05	Las variables están asociadas	0 a 1	0,398	Asociación moderadamente buena
Limitaciones físicas y entrega de medicamentos.	8,828	0,003	0,05	Las variables están asociadas	0 a 1	0,151	Asociación débil
Limitaciones físicas y requerimiento para que los Centros de Salud brinden asistencia domiciliaria.	294,596	0,00000	0,05	Las variables están asociadas	0 a 1	0,87	Asociación alta
Atención por actividades preventivas y requerimiento de internación en el último año	8,786	0,003	0,05	Las variables están asociadas	0 a 1	0,152	Asociación débil

Atención por procesos crónicos y requerimiento de internación en el último año	43,206	0,00000	0,05	Las variables están asociadas	0 a 1	0,337	Asociación moderadamente buena
Vacunados y requerimiento de ser vacunados en los Centros de Salud.	66,627	0,00000	0,05	Las variables están asociadas	0 a 1	0,414	Asociación moderadamente buena
Frecuencia en la entrega de medicamentos y cantidad de medicamentos indicados realmente entregados.	4,976	0,026	0,05	Las variables están asociadas	0 a 1	0,127	Asociación débil

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

Tabla 19
Satisfacción General de los Usuarios

		Indicadores	Ponderación de cada variable
DIFICULTADES PARA TRASLADARSE (NO TIENEN)		37%	5,55%
TIEMPO DE ESPERA (30 MIN O MENOS)		29%	4,35%
SEGURIDAD EN LOS CENTROS DE SALUD			20%
Rampa	9,50%	0,91%	
Pasa manos	0,80%		
Desniveles	8,70%		
Señalización	0,00%		
Matafuego	3,90%		
INSERCIÓN EN EL PROGRAMA ALIMENTARIO		4,90%	0,98%
PRINCIPALES SERVICIOS MÉDICOS BRINDADOS POR LOS CENTROS DE SALUD			30%
Atención de proceso crónico	59,60%	9,79%	
Realización de actividades preventivas	26,20%		
Entrega de medicamentos	76,30%		
Asistencia médica domiciliaria	0,51%		
Vacunación	0,58%		
SATISFACCIÓN GENERAL			21,58%

Base: Encuesta realizada a 389 personas. Zonas Sanitarias 1, 2, 3, 4, 5 y 6. Ciudad de Córdoba. Año 2008.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Desde lo **sociopolítico-institucional** la APS, pública, oficial, no hospitalaria en la Ciudad de Córdoba, es de **exclusiva responsabilidad y competencia de la municipalidad Capitalina**.

Esto es así en razón de que el gobierno provincial dispuso la transferencia y municipalización de los Centros de Salud que de ella dependían a partir de la ley de reforma administrativa del Estado 7850/89, anexo A punto nueve (9), modificada por las leyes 8174, 8204, 8209, 8375, 8392 y 8524, incorporadas a la 7850/89; sus decretos reglamentarios Nros. 6457/89, 1495/92, 1645/94 y decretos complementarios Nros. 6453/89, 6454/89, 6455/89, 6456/89, 6484/89, 407/90, 1421/90, 3700/90, 1872/91, 2853/91, 1097/92, 2985/92, 3700/92, 1095/93, 520/95 y 661/95. Todo dentro de un marco globalizador de modelo político neoliberal basado en la focalización de la pobreza, la privatización de los servicios y la descentralización administrativa y económica, predominante a nivel mundial a fines de los 80 y en la década de los 90.

Los fundamentos y premisas más significativas e importantes que abonaron el dictado de estas leyes y decretos por los que la provincia transfería sus dispensarios a la municipalidad fueron:

- **Superposición de servicios:** con los prestados por las municipalidades de las distintas ciudades de la Provincia. Ej. Se daba el caso de la existencia de un dispensario provincial en un barrio y en un radio de pocas manzanas otro municipal.
- **Incoordinación ejecutiva:** Ej. Se daba ayuda alimentaria (leche en polvo) a la misma persona en dos dispensarios separados por pocas cuadras, uno perteneciente a la municipalidad y otro a la provincia.
- **Fragmentación de las prestaciones:** Ej. Dispensario provincial con enfermera, médico pediatra y gineco-obstetra y carente de médico clínico; en otro cercano, pero municipal, con enfermera, médico clínico, gineco-obstetra y carente de pediatra.

- **Dispersión de los recursos:** Ej. El gasto logístico se multiplicaba al tener proveedores distintos - provincia y municipalidad -. La ecuación coste/beneficio se disparaba a favor de los costes innecesarios.
- **Falta de planificación estratégica adecuada y específicamente en APS.**
- **Necesidad de optimizar recursos** basados en el marco de políticas neoliberales, y dentro de ellas, la descentralización administrativa y económica.

Diremos al respecto que descentralizar no es desconcentrar. Descentralizar en el buen sentido, implica descentralizar la decisión económica-administrativa, no la política; y que los gobiernos provinciales y municipales tengan autonomía acerca de donde invierten.

A pesar de la descentralización comentada (leyes y decretos); desde el 1/4/02 la provincia comenzó a implementar el programa **PADES** (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte) impulsado por el Ministerio de Salud Pública, direccionado a pacientes con patologías crónicas, avanzadas o terminales, tales como enfermedades neurológicas, reumáticas, respiratorias, metabólicas, oncológicas, infección por VIH-SIDA, etc. y también afecciones que necesitan de atención transitoria y que puede ser brindada en el domicilio. Entre estas situaciones se cuentan post-operatorios, curaciones, rehabilitación etc. En definitiva “se trata de personas con patologías que requieren de largas estancias pero no implican atención de complejidad; o bien de personas con enfermedades de corta estancia que tampoco justifican una internación”. Bajo este programa los “pacientes” serían visitados diariamente en su domicilio por un profesional médico o una enfermera de acuerdo a las necesidades de atención. En este programa piloto están involucrados el Hospital Córdoba, la Maternidad Provincial, Hospital San Roque, Tránsito Cáceres de Allende y Hospital Rawson. Según funcionarios del área esto implicaría para el sistema de salud el ahorro de 369 días cama. Las estimaciones del Ministerio de Salud Pública es que el programa llegaría a abarcar unos mil a dos mil “pacientes” a un costo promedio de entre cuatro y cinco veces menor diarios por usuario incluida la medicación, que si la persona estuviera internada efectivamente.

En nuestro trabajo de campo las encuestas efectuadas a 389 personas adultas mayores que concurren habitualmente a los Centros de Salud y UPAS indican que a través de este programa PADES de la provincia fueron atendidos en el último año en sus domicilios el **9,51%** de la muestra.

Los programas de la Dirección de APS Municipal, **responsable** de la Atención Primaria de la Salud Pública no hospitalaria en la Ciudad de Córdoba son:

1. Crecimiento y desarrollo.
2. Complementación alimentaria (en nuestra encuesta solo el **4,9%** esta incluido).
3. Inmunizaciones (solo esta dirigido a los niños; no contempla a los adultos mayores).
4. Control de embarazo y puerperio.
5. Prevención del Cáncer genital.
6. Salud reproductiva, sexualidad y planificación familiar.
7. Detección precoz de la tuberculosis pulmonar.
8. Prevención y atención de la infección respiratoria aguda (INRESPA).
9. Prevención de la enfermedad diarreica (EDA).
10. Atención de las urgencias médicas (en nuestra encuesta es **0%** en AM).

Se puede advertir entonces en el programa PADES una clara superposición con la atención domiciliaria programada, propia pero inexistente en la APS municipal.

Asimismo en el curso del año 2003 la Provincia de Córdoba abrió diez (10) centros de APS, vinculados únicamente al programa "**Familias por la inclusión social**", que funcionan en centros comunitarios o centros vecinales, de los cuales dos se abrieron en casas dispuestas a tal efecto en los barrios Sepas y El Chingolo, que son planes de vivienda para erradicación de villas de emergencia. Este programa instrumentado por la Agencia Córdoba Solidaria en convenio con Salud destinados a mujeres con muchos hijos y sin recursos tiene financiamiento del BID (Banco Interamericano de Desarrollo).

El ente coordinador de los Centros (Ministerio de Salud de la Provincia), reconoció que “se armaron para realizar los relevamientos y hacer acciones de promoción de salud en la población bajo programa, pero por la demanda tuvieron que atender a todos los que llegaban”. En este marco la cartera sanitaria contrató 24 médicos (básicamente, pediatras clínicos y generalistas), y similar número de enfermeras que se distribuyen en los diez centros ubicados en puntos estratégicos de la ciudad. Pero al margen de que los centros de atención provinciales realicen efectivamente los relevamientos y los controles sanitarios de la población beneficiaria de los planes sociales del BID, de hecho la asistencia que hoy brindan está abierta a toda la comunidad y **funcionan como verdaderos dispensarios. De tal forma contravienen todas las leyes provinciales y decretos reglamentarios y complementarios al respecto, ya mencionados.**

Agregamos: en el mes de abril del 2003 (28/4/03) se instrumenta por parte de la Provincia el programa “**Familia Salud**” por el cual se crea un sistema gratuito de **atención de emergencias (136)** para personas carecientes, sin recursos que involucran **de inicio** 27 ambulancias (seis de alta complejidad), 254 médicos y paramédicos, 90 operadores calificados de un “call-center” (Centro de contacto telefónico), supervisados por médicos y 200 médicos a domicilio. El sistema tendría una **capacidad teórica** de respuesta de 10.000 llamadas diarias de las que se estima que entre 1400 y 1800 serían emergencias que requieren una ambulancia; 2000 a 2600 demandarían el envío de algún médico a domicilio, y el resto solicitudes no atendibles directamente por este servicio, verbigracia: turnos hospitalarios.

Este programa es responsable de la atención domiciliaria ocasional del 26,48% de los adultos mayores encuestados en este trabajo.

El costo de este programa es el equivalente al de un hospital, cifra que según afirman las autoridades provinciales oscila entre los 600 y los 800 mil pesos mensuales **de comienzo**, cuando en Córdoba Capital existe un servicio establecido en forma permanente de emergencia municipal (107), el cual debería ser reforzado adecuada y convenientemente, en lugar de crear otro servicio prestacional paralelo.

La encuesta efectuada para este constructo, que abarcó las seis zonas sanitarias en que está dividida la ciudad de Córdoba es relevante en cuanto a que el servicio 107 aparece con un **0%** de prestaciones en urgencias domiciliarias a los adultos mayores a pesar de que constituye uno de los programas de la Dirección de APS Municipal. La excusa exculpatoria dada es que el 107 solo se ocupa de los accidentes de tránsito. La probable explicación real es la escasa cantidad de móviles y personal que posee.

En efecto el servicio 107 municipal cuenta con 22 médicos, igual número de enfermeros y 22 choferes, a los que se agregan 24 personas entre telefonistas, despachadores y coordinadores médicos que trabajan en la Central de llamadas ubicadas en el Hospital de Urgencia. Los servicios diarios se cumplen **solo con ocho (8) ambulancias, seis de alerta y dos muletos**. Otros tres están instalados en los Centros de Participación Comunal (CPC) Villa El Libertador y Monseñor Pablo Cabrera en forma permanente, y con guardias de 12 hs. (9 a 21) en los CPC Empalme y Avenida Colón.

En definitiva el programa “PADES”, “Familias por la inclusión social” y “Familia Salud” de la provincia son claras superposiciones de acciones, recursos, personal, infraestructura y servicios con los que debería prestar la APS municipal.

Estos programas aparecen como totalmente fuera, de la racionalidad, de la lógica y de la congruencia que deberían presidir los actos de política sanitaria, y se inscriben dentro de la superposición de servicios, la incoordinación ejecutiva, la fragmentación de las prestaciones, la dispersión de los recursos y la carencia de una planificación estratégica adecuada, que sirvió de marco crítico para la sanción de las precitadas leyes y decretos. Sólo pueden entenderse, desde lo técnico, por los desajustes y desentendimientos que en los últimos años caracterizaron las relaciones entre el gobierno provincial y municipal de Córdoba.

De todo lo anterior se infiere, que tanto **la Provincia como la Municipalidad** de Córdoba **carecen de programas específicos para la tercera edad a nivel de APS; y agregamos, no son prioritarios en estos momentos.**

Dentro del contexto sanitario-institucional sobre el cual estamos discutiendo no podemos dejar de mencionar la ley de Garantías Saludables N° 9133, modificada de la 5299 (ex: I.P.A.M. hoy Administración Provincial del Seguro de Salud - APROSS -) por su conexión con la APS motivo de nuestra tesis. Dicha ley en el artículo 1ro crea el Sistema Integrado Provincial de Salud donde se conjuga lo público con lo privado. Habla en forma genérica de igualdad de acceso, equidad en la asignación de los recursos, promoción del autocuidado y que estará integrada por la totalidad de los prestadores habilitados por la Autoridad Sanitaria Provincial. Del art. 2^{do}. nos interesa los incisos a-b-c relacionados con la APS. Se sostiene en los mismos el desarrollo de una estrategia de APS en todos los niveles de complejidad asistencial. También expresa la creación de una canasta básica prestacional general o determinada por región en función de aspectos geográficos o epidemiológicos fijada por la autoridad de aplicación, y basada en principios de evidencia médica. Finalmente en relación a nuestro tema expresa que la asignación de recursos disponibles debe ser creciente hacia aquellos programas de acción que otorguen prioridad absoluta a la “promoción y prevención de la salud”.

Esta ley que fue sancionada el 12/11/03, promulgada el 18/11/03 y publicada el 28/11/03, casi sin debate parlamentario solo ocho días después que el proyecto de ley fuera presentado en la Legislatura Provincial (Unicameral), en un trámite casi relámpago sin que buena parte de la sociedad cordobesa estuviera informada al respecto, nos parece cuanto menos como fuera del contexto histórico en el que debió ser presentada, sancionada, promulgada y publicada. Creemos al respecto que trasluce un atraso histórico.

En efecto, los principios que la sustentan en relación a la APS fueron proclamados a nivel mundial y constituyeron la cuestión medular de la conferencia de Alma Ata 78, a la cual adhirieron todos los países que formaban parte de la ONU y de la OMS entre ellos la Argentina, y a partir de la cual se esperaba la salud para todos en el año 2000; hecho que no se logró. De tal forma a pesar de toda la experiencia acumulada; de todo lo escrito, propuesto, vivido, y experimentado desde 1978 a la fecha en los distintos países del mundo, la Ley se vislumbra como ambigua en la redacción de su texto, de tal forma que no garantiza evitar, que el “nuevo sistema” tome un rumbo diferente

al manifestado públicamente por las autoridades sanitarias y requeriría de definiciones más concretas, si ya no en la norma al menos en su reglamentación. Así no queda claro por ejemplo la relación Provincia/Municipalidad de Córdoba fundamentalmente en APS, motivo del máximo interés en política sanitaria, y que en los últimos años fue entre conflictiva a inexistente. En la actualidad parecería transitar por un mejor camino, aunque requiere de claras definiciones, más allá de los vaivenes políticos coyunturales. Tampoco queda claro los requerimientos y necesidades de inversiones, la adaptación cultural necesaria de médicos, Instituciones, y ciudadanía en general y las deudas de arrastre, que constituyen sus desafíos más importantes.

Además **desde lo económico** el modelo dispensarizado municipal vigente en APS requiere de incremento permanente y exponencial de recursos materiales y humanos. El insumo sueldos se lleva 73% de las erogaciones del presupuesto total de APS (Ejecución presupuestaria de la Ordenanza Municipal 10689), la mayoría del cual (casi el 85% del mismo -está fuera de rango-) se destina a personal administrativo, burocrático, no técnico; recordando que en los Centros de Salud, trabajan básicamente profesionales.

Desde lo gerencial-organizacional, es de diseño sencillo, burocrático tradicional, vertical, piramidal, racional, preciso, sistemático, con normas, reglas y técnicas de control que se ajustan a principios de jerarquía, autoridad y unidad de mando, pertinente al actual modelo dispensarizado y **carece de programas para el adulto mayor**. Asimismo dificulta la continuidad de la información y la asistencia, tiende a duplicar registros y tiene grandes posibilidades de repetir exploraciones ya efectuadas, porque parte de un modelo no integrado.

Desde lo biomédico y social, la APS con **modelo dispensarizado** en la Ciudad de Córdoba no contempla en forma suficientemente abarcativa, totalizadora, integral y holística, aspectos cualicuantitativos preventivos y asistenciales de capital importancia y trascendencia.

Así **las actividades preventivas están acotadas**. Solo el 26% de nuestros encuestados las mencionan, en contraposición a la concurrencia por

patologías crónicas que representan el 59,60%, lo que implica una relación inversa a los propósitos y fines fundamentales de la APS.

Las **actividades preventivas de promoción** de la salud (prevención primaria) deben estar dirigidas en este grupo social básicamente a la educación para la salud (EDSA) y dentro de ella a la promoción del **auto cuidado** prestándosele especial atención a los siguientes aspectos^{(113) (115)}:

- A. Prevención de accidentes domiciliarios: evitar penumbras, pasillos largos, pisos encerados; recomendar calzado antideslizante, alfombra de goma en baños, pasamanos, cortes de gas con llave de paso etc.).
- B. Desalentar consumo de alcohol y tabaco.
- C. Estimular estilos de vida saludables evitando el envejecimiento prematuro.
- D. Alentar el desarrollo de actividades físicas y psíquicas.
- E. Mantener dietas equilibradas y apropiadas para la edad.
- F. Desaconsejar la automedicación y fundamentalmente el uso de psicofármacos no indicados por el médico.
- G. Instruir sobre autoexamen (piel y mamas).
- H. Promover la realización de test de memoria y/o depresión en oligosintomáticos.

En cuanto a las **actividades preventivas de protección específica**, nuestra muestra es indicativa de que **no existe programa de inmunizaciones para la tercera edad**. Debería haberlo en forma sistemática en un todo de acuerdo a calendario internacionalmente aceptado como hemos visto en el marco teórico referencial.

Lo anterior implica que uno de los pilares de la prevención primaria, la protección específica, no está contemplada para este grupo social en APS no hospitalaria en la Ciudad de Córdoba.

Resaltamos que nuestra población objeto de estudio entre los requerimientos que efectúa - 48,84% de las personas – para mejorar el servicio de atención en los Centros de Salud, es, ser vacunados en los mismos, ya que esta prestación no la reciben. Agregamos existe asociación estadísticamente

significativa (Φ 0,414) entre concurrentes vacunados y requerimiento para ser vacunados en Centros de Salud (Fig. 15, pág. 73)

De igual manera al carecer de programas para el adulto mayor y de protocolos de actuación comunes la APS dispensarizada carece de eficacia y eficiencia al momento de efectuar el **diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno** (prevención secundaria) de una variada gama de patologías crónicas, degenerativas, invalidantes, debilitantes e incapacitantes que afectan a este grupo social, ya que solo queda reservado al criterio amplio o estrecho del médico actuante, lo que nos retrotrae a épocas perimidas y al paradigma obsoleto de la antigua asistencia médica primaria.

Al respecto diremos que la atención es efectuada por médicos clínicos, generalistas, no por especialistas como sería lo deseable, que solo cuentan con ficha o Historia clínica primitiva, insuficiente, obsoleta, caduca e ineficaz para mantener buena continuidad y coordinación en la información con el hospital de referencia, de las necesidades biopsicosociales del grupo etario de más de 60 años. De tal forma es subespecializada, mecánica y despersonalizada en relación a los adultos mayores lo que se correlaciona con el modelo dispensarizado existente.

Por otra parte en nuestro trabajo de campo ninguno de los encuestados respondió afirmativamente que concurriera por rehabilitación a su Centro de Salud teniendo opciones para ello (pregunta abierta).

De tal forma la prevención terciaria (rehabilitación y limitación de incapacidades) aparece inexistente en nuestra muestra de 389 usuarios habituales de los Centros de Salud.

Tampoco existe atención domiciliaria programada en APS dispensarizada. Este tipo de asistencia constituye uno de los tres pilares en que asienta un programa del AM como hemos visto en nuestro marco teórico conceptual de referencia. Implica que el EAP debe tener una actitud activa y comprometerse frente a los problemas de salud de la comunidad.

Existe además asociación entre las variables: dificultad para trasladarse y limitaciones físicas por un lado, (Fig. 6, pág. 68), con limitaciones físicas y requerimientos para que los Centros de Salud brinden **asistencia domiciliaria** por el otro (Fig. 12, pág. 71), lo que fue refrendado por el análisis estadístico

inferencial que revela que el grado de asociación es bueno (Φ 0,672) y alto (Φ 0,87), respectivamente.

Este detalle no es menor, constituye una de las prestaciones que requiere de una actuación interdisciplinaria con buena continuidad en la transmisión de la información y la asistencia y un conocimiento del diagnóstico de salud de la población asistida, donde la enfermería juega un rol central y es nexo de unión entre los componentes del equipo de Salud. El modelo dispensarizado existente no da respuesta a esta necesidad y a la vez requerimiento del grupo social de los AM concurrentes a los Centros de Salud.

El acápite medicamentos es prioritario en función de los requerimientos de la población encuestada -76,30% concurren para la entrega de los mismos-. En efecto la “mejor provisión de medicamentos” es el ítem más requerido (64,01%) para mejorar la atención en los Centros de Salud relevados. También la mayoría de los usuarios-beneficiarios-pacientes son contestes en afirmar que los medicamentos indicados no son entregados en el 19,80% de los casos; ocasionalmente entregados en el 44,50% y solo frecuentemente en el 35,70% de los entrevistados que concurren por esta prestación.

El tiempo de consulta por escaso e insuficiente es otro de los requerimientos prioritarios en la encuesta (51,41%). En los adultos mayores el factor tiempo es fundamental como lo debería ser para el profesional actuante. Ello permite establecer relaciones de confianza sólidas que facilitan la anamnesis y el examen físico, ya de por sí difíciles en este grupo etario por cuestiones asociadas al lento y progresivo declinar de las funciones, motoras, sensitivas, sensoriales, cognitivas-intelectivas conductuales (envejecimiento normal), independientemente de la patología motivo de consulta.

La necesidad de internación 27,76% de la muestra que comprendió veinte Centros de Salud aparece como elevada.

Hemos visto en el marco teórico referencial, que no existen estudios serios que cuantifiquen en que proporción los Centros de Salud disminuyen las internaciones hospitalarias. Pero, la descripción socio-demográfica de la muestra evidencia que se trata de una población altamente vulnerable. La mayoría (53,20%), vive de la ayuda de familiares y de planes sociales (47,30%) en condiciones económicas de pobreza e indigencia. Esta situación explica el

por qué los bolsones alimentarios ocupan el 2^{do} lugar en los requerimientos de los AM a efectos de mejorar el servicio prestado en Centros de Salud y UPAS de la Ciudad de Córdoba.

En cuanto a accesibilidad el 63% de los entrevistados tiene dificultades para trasladarse a los Centros de Salud, siendo en orden decreciente las limitaciones físicas (70,60%), los accidentes geográficos (58,30%), la distancia (52,20%) y muy alejado de lo anterior las limitaciones económicas (8,20%). Además de estas dificultades o barreras biológicas, geográficas y económicas de acceso existe a nivel de los Centros de Salud y UPAS aspectos arquitectónicos necesarios para el desplazamiento, movilidad, evacuación y seguridad de las personas que no han sido debidamente contempladas.

Así en nuestra investigación es negativa la apreciación de los usuarios en cuanto a falencias en rampas, pasamanos, desniveles, carteles indicadores de salida y matafuegos exigidos para la habilitación de toda institución de salud por parte de la autoridad de aplicación.

En orden a los requerimientos de los encuestados el ítem mejores accesos representa el 56,30% de los pedidos para mejorar el servicio que prestan los Centros de Salud a los AM concurrentes a los mismos.

El modelo actual **dispensarizado** tampoco se ocupa, siempre referido a la tercera edad, al menos acabadamente, de **aspectos demográficos** (no delimita población diana – no tiene programa) y **psicosociales**, como ser las características de la vivienda, la convivencia (con quienes viven, si están solos, cuales son las redes de soporte familiar, barrial, social, etc.) que nivel económico y cultural poseen, si tienen necesidades básicas o ampliadas a bienes y servicios no alimentarios insatisfechas – indigencia y pobreza – respectivamente, e incluso valorar una atención domiciliaria versus un ingreso a un hogar de ancianos, porque **solo cuenta con red puramente sanitaria**.

La satisfacción general de nuestra muestra es sumamente bajo -21,58%- de los encuestados. Como hecho comparativo diremos que los extremos de satisfacción de la Encuesta Social Europea (ESE) del año 2005-2006 fluctúan entre un máximo de 71% que corresponde a Luxemburgo y un mínimo de 33% que corresponde a Portugal dentro de los países europeos pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

En relación a lo anteriormente expuesto las políticas sanitarias en nuestro medio deben tener presente la opinión de los usuarios beneficiarios pacientes AM en APS no nosocomial en cuanto son requerimientos y necesidades detectados en los Ítems encuestados, que comprenden aspectos de salud biopsicosociales trascendentes para el grupo social mayor de 60 años.

Esta discusión quedaría incompleta sin una propuesta (recomendaciones) de programa para el grupo de adultos mayores que concurren a los Centros de Salud y UPAS municipales de la ciudad de Córdoba.

La **fundamentación** de la misma esta en la carencia de programas en APS no hospitalaria para el grupo etario mayor de 60 años, que es más que una negligencia o imprevisión; es un desatino y un despropósito político.

En consonancia con lo dicho planteamos la posibilidad de instrumentar un modelo de programa para la tercera edad que creemos sustentable en lo económico, viable en lo político y posible de ejecutar desde lo organizacional-gerencial-institucional.

A partir de la situación actual y las perspectivas demográficas futuras, es indispensable integrar variables de importancia estratégica en el grupo de adultos mayores para la determinación de políticas, de planes, programas y proyectos; esto es salud, vivienda, condiciones económicas, sociales, culturales y **satisfacción vital**⁽⁸⁷⁾ respecto a las esperanza de vida; ya que la realidad nos indica que la población de Córdoba presenta las características de una población claramente envejecida, en parte subatendida y/o desatendida.

La idea madre es la posibilidad de **integrar** al anciano dentro de la atención que ofrece el EAP, **versus el modelo actual dispensarizado** y carente específicamente de programa para la PAM.

Concebimos nuestra propuesta dentro de la organización burocrática Municipal, para ser congruentes, lógicos y racionales desde lo sociopolítico-institucional con la legislación vigente, expresado a través de las cámaras legislativas y poder ejecutivo en leyes y decretos dictados y no derogados hasta la fecha, ya vistos; utilizando el mismo espacio físico, pero con

modificaciones sustanciales respecto al modelo actual dispensarizado, que no contempla en ninguno de sus programas la problemática del adulto mayor.

En definitiva y con una visión amplia, en base a un adecuado conocimiento, donde el anciano este contenido, buscamos prever y proveer para el futuro de los mayores de 60 años dentro de parámetros de eficacia, eficiencia, equidad, participación y **solidaridad intergeneracional**^{(18) (39) (111)}.

Los puntos fundamentales sobre los que asientan nuestras recomendaciones de programa para un modelo integrado en la tercera edad en APS, no hospitalaria, los concretamos en los siguientes acápites:

ASPECTOS GERENCIALES-ORGANIZACIONALES-INSTI

➤ **Diseñar en forma matricial la Organización Municipal en Atención Primaria de la Salud**⁽⁷⁹⁾.

Variante del modelo burocrático tradicional. Recordemos que a un modelo integrado le corresponde un diseño matricial. Esto es, flujo vertical de autoridad y responsabilidad por funciones combinado con flujo horizontal de autoridad y responsabilidad sobre el programa, de manera tal que la estructura de programa se superpone con la estructura de funciones.

Los programas dentro del diseño matricial de la organización actúan como minicomponentes dentro de la “empresa” Atención Primaria de la Salud (APS), en la cual operan en forma independiente. Así en nuestro caso particular - Programa del Adulto Mayor - los gerentes de funciones, Jefe Zonal, Jefe del Departamento de Enfermería, Jefe del Departamento de Servicio Social, Jefe del Departamento de Fisiatría, deben reunirse con los especialistas, médico especialista en geriatría, enfermera, asistente social - psicólogo y fisiatra respectivamente, semanal o quincenalmente; o con todos y cada uno de los integrantes del equipo, sí, el gerente de función es el Jefe de Capacitación y Docencia o el Jefe del Departamento Administrativo. En este último caso las reuniones podrán ser más espaciadas. A su vez el gerente de programa (Jefe del Centro de Salud), tiene **autoridad de línea** sobre las personas asignadas al programa de adultos mayores.

En definitiva cada una de las personas que trabaja en el programa responde a dos mandos: el gerente de programa y el gerente de funciones (ver Anexo 4: Organigrama de Estructura Matricial, pág. 122).

➤ **Incrementar en forma moderada los recursos humanos profesionales y materiales respecto al dispensarizado existente.**

Nuestro programa requiere de especialistas (médicos geriatras, enfermeras, fisiatras, psicólogos y asistentes sociales) y de aparatología elemental para cumplir acabadamente con el mismo.

➤ **Disminuir en forma considerable los recursos humanos burocráticos, no técnicos no profesionales respecto al actual.**

Hoy en día estos recursos son exagerados, tienen un crecimiento permanente y exponencial, lo que tiene que ver con factores exclusivamente políticos (amiguismo y clientelismo).

➤ **Determinar circuitos claros de usuarios.**

Red de usuarios en lugar de red sanitaria como el modelo dispensarizado. Esto implica un concepto más amplio que lo puramente médico-asistencial-preventivo, para extenderse a lo socio-económico-demográfico.

➤ **Poseer buena continuidad y coordinación en la información.**

Contamos para ello con Historia Clínica (H.C.L.), de enfermería y psicosocial, dentro de protocolos de actuación comunes, en lugar de fichas o H.C.L. desarticuladas de toda actuación interdisciplinaria como el actual modelo.

➤ **Aprovechar todos los recursos existentes en el ámbito de influencia**

Centros de jubilados, Centros de participación solidaria, Centros barriales, Clubes, Asociaciones, etc. y coordinar esfuerzos con los equipos que trabajan a nivel hospitalario, sin romper la continuidad de la asistencia.

➤ **Dotar al programa de equipo de especialistas multidisciplinario.**

Especialista en geriatría. Su formación holística, integral con conocimiento pleno de la realidad del adulto mayor redonda en una mas completa y

eficiente atención del mismo. Enfermera, psicólogo, asistente social y fisiatra, cuanto menos orientados a la problemática de la tercera edad y que funcione inter-trans-disciplinariamente, lo que **favorece la solidaridad y las relaciones intergeneracionales**.

➤ **Incorporar al programa un sistema “experto”.**

Software de apoyo al menos hasta que el programa funcione con todos los equipos humanos perfecta y armónicamente integrados. Con ello podemos esperar resolver problemas que requieren de un conocimiento formal especializado, obtener conclusiones rápidas de situaciones complejas donde la subjetividad humana puede llevar a conclusiones erróneas dado el volumen de datos que ha de considerarse para una situación determinada ya sea de diagnóstico, de prioridades, de secuencia de acciones etc. posibilitando la instrumentación de la historia clínica digital.

Este software que se propone puede ser cargado en el sistema informático de la municipalidad que opera por primera vez en su historia como propio a partir de junio de 2004, tras el fracaso de Municipio digital y la rescisión del contrato con Tecsa y The Computer. El equipo actual IBM s/390 7060 (área informática de la Municipalidad de Córdoba), triplica la capacidad del disco anterior, duplica la memoria y es cinco veces mas veloz que los anteriores. Por todo lo cual además de todos los CPC, los Hospitales Municipales, el tribunal de faltas entre otras 40 dependencias que funcionan fuera del Palacio 6 de Julio como ser por ejemplo Centros de Salud, UPAS y Dirección de Especialidades Médicas (DEM) pueden estar perfectamente conectados y operativos en red, sin demandar grandes gastos y optimizar la relación coste/beneficio y el manejo de este programa.

➤ **Delimitar la población diana.**

Delimitación geográfica, territorial, barrial en el área programática de actuación, definida por las diferentes variables de edad, sexo y factores de riesgo.

➤ **Integrar el programa al Sistema Unificado de Farmacovigilancia (SUFV)**

Tratándose de población adulta mayor - implica en general **polipatología y polifarmacia** - requiere que los profesionales integrantes del equipo multidisciplinario reporten a través de las fichas amarillas (formularios) correspondientes las reacciones adversas medicamentosas (RAM), tan frecuentes en este grupo etario dado la especial farmacocinética de los mismos, como así también los defectos de calidad o falta de eficacia de los medicamentos usados en el programa. Este sistema que recién se está implementando y cuyos coordinadores son la Universidad Nacional de Córdoba, la Universidad Católica de Córdoba, el Consejo de Médicos, el Colegio de Farmacéuticos, el Hospital Privado y el Hospital Español constituye un **punto crítico en el arte y ciencia de la prescripción médica y en especial de la especialidad geriátrica.**

➤ **Proveer a los centros de salud de:**

- Rampas
- Pasamanos
- Pisos antideslizantes
- Matafuegos
- Carteles fotolumínicos indicadores de salida
- Sala de esperas confortables
- Tele asistencia, etc.

➤ **Disponer de medio de movilidad adecuado.**

Ambulancia de baja complejidad para la atención domiciliar programada y/o el traslado al centro de APS o derivación al hospital de referencia del AM con impedimento psicofísico.

ASPECTOS BIOMÉDICOS Y PSICOSOCIALES

- **Desarrollar actividad preventiva y asistencial personalizada y especializada.**

Versus la despersonalizada, mecánica y subespecializada vigente.

- **Realizar actividades de promoción y protección específica**

Fundamentalmente, educación sanitaria -básicamente promoción del autocuidado-, y calendario de vacunaciones establecidas a nivel internacional, teniendo su máxima indicación para el grupo etario entre 60 y 74 años. (Ver Anexo 5, Tabla de Actividades Preventivas, pág. 124)

- **Efectuar diagnóstico precoz y posibilitar el tratamiento oportuno.**

De patologías frecuentes, causantes de gran parte de la morbimortalidad del adulto mayor ej. HTA, CA. genital, diabetes, etc. Son relativamente de fácil detección, para el especialista bien entrenado, que lo máximo que requiere es su preparación, sin necesidad de costosos estudios de segundo o tercer nivel. Por lo tanto, desde el punto de vista presupuestario no significa una gran erogación para el erario público.

- **Rehabilitar y limitar incapacidades psicofísicas y sociales.**

Con EAP funcionando “in toto”: reeducación, recuperación (médico, enfermera, fisiatra); readaptación, reubicación (psicólogo, asistente social).

- **Atención domiciliaria programada**

Con EAP trabajando en estrecha cooperación con familiares y recursos sociales del barrio.

- **Contemplar aspectos específicos psicosociales**

Vivienda, convivencia, nivel cultural, económico y soporte social, inexistentes en el actual modelo.

➤ **Valorar una atención domiciliaria programada versus un ingreso a una Residencia Geriátrica.**

Priorizando principios de **solidaridad intergeneracional**, evitando internaciones geriátricas sociales innecesarias, (pobreza, marginación, soledad) - debe haber políticas para ello -. Favoreciendo sí, aquellas debidas a razones médico - geriátricas específicas, minimizando el fenómeno de la recolocación, y maximizando el de la resiliencia.

ASPECTOS ECONÓMICOS-FINANCIEROS

➤ **Presupuesto**

No diferirá mucho respecto al vigente actualizado por inflación y por las erogaciones en personal especializado, requerimiento esencial en nuestro programa, a condición de usar principios de racionalidad económica.

Nuestro programa esta en línea con los postulados de Dubrin⁽³⁵⁾: “los gastos en personal no deben constituir más de la mitad (50%) del costo de operar una empresa cualquiera fuere ella”.

Para desarrollarlo acabadamente puede requerirse un préstamo de un organismo internacional multilateral de crédito (largo plazo, baja tasa de interés, “crédito blando”) como por ejemplo del BID o Banco Mundial (Ver Anexo 6, Marco Lógico, pág. 126).

En definitiva, desde lo sociopolítico-económico-biomédico institucional a nuestro programa lo sintetizamos así:

▶ **NOMBRE**

INTEGRO

▶ **DIRECCIÓN**

Sarmiento 480. Ciudad de Córdoba.

▶ **INSTITUCIÓN RESPONSABLE**

Secretaría y Subsecretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Córdoba.

► **FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

Municipal.

► **OBJETIVOS**

Objetivo General:

- Integrar la tercera edad en la APS no hospitalaria en la Ciudad de Córdoba, a fin de aumentar el nivel de salud física, psíquica y social y la calidad de vida de este grupo etario.

Objetivos Específicos:

- Promover, el autocuidado de las personas mayores de 60 años, estimulando estilos de vida saludables, evitando el envejecimiento prematuro.
- Proteger, mediante inmunizaciones específicas y sistemáticas, de acuerdo a criterios internacionales a los adultos mayores.
- Diagnosticar y tratar precozmente patologías que en etapa inicial son curables, con “restitutio ad integrum”.
- Rehabilitar, limitando incapacidades.
- Favorecer la autonomía personal de los mayores.
- Fomentar la solidaridad y las relaciones intergeneracionales, tanto en el grupo familiar como a nivel social.
- Estimular actividades que contribuyan a concebir la vejez como una etapa dinámica, productiva y satisfactoria.
- Detectar grupos de riesgo, físico, psíquico y social.
- Valorar una atención domiciliaria versus una internación geriátrica.
- Intervenir anticipadamente sobre las necesidades de salud de la comunidad.
- Coordinar esfuerzos con los equipos que trabajan a nivel hospitalario sin romper la continuidad de la asistencia.
- Aprovechar todos los recursos sociales en el ámbito de influencia (cooperación de los familiares, ONGs, clubes de abuelos, centros barriales, organizaciones de base, etc.).
- Propiciar la permanencia de la persona mayor en su entorno.

Se entiende que todos los objetivos específicos están destinados a las personas que están dentro de la población diana determinada en el programa, de acuerdo a los problemas de salud física, psíquica y social prioritarios, a las necesidades y a los factores de riesgo mas importantes del grupo previamente identificado.

▶ **BIENES Y/O SERVICIOS QUE BRINDA**

Salud física, psíquica y social.

▶ **POBLACIÓN BENEFICIADA**

Adultos mayores de 60 años.

▶ **LOCALIZACIÓN**

Ciudad de Córdoba.

▶ **MODALIDAD DE EJECUCIÓN**

Según demanda de la población y/o requerimiento institucional, en centros de Salud y Atención Domiciliaria Programada.

▶ **CRITERIOS DE FOCALIZACIÓN**

Toda la ciudad de Córdoba, utilizando la capacidad instalada actualmente en los Centros de Salud y UPAS dependientes de la Municipalidad de Córdoba.

▶ **CRITERIOS DE ACCESIBILIDAD**

Las consultas pueden efectuarse en cada uno de los centros de Salud. Resultan también del relevamiento y detección efectuados por el EAP en la atención domiciliaria.

▶ **ORGANISMO RESPONSABLE DE LA EJECUCION DEL PROGRAMA**

Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba.

▶ **EFFECTORES**

Equipos de APS (médico geriatra, enfermera, fisiatra, psicólogo, asistente social).

▶ **RESPONSABLE DEL PROGRAMA**

Director de APS.

▶ **EVALUACIÓN EX-POST**

De acuerdo a indicadores de la OECD.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- La vejez es una etapa más del ciclo de vida (Teoría del Life Span)⁽⁸⁸⁾, pero a la vez una de las más extensas.
- El envejecimiento poblacional es un hecho, un fenómeno, un desafío histórico sin precedentes, sin regreso, sin retorno, irreversible, exponencial y geométrico, no solo de los países desarrollados sino que se ha hecho extensivo a los países en vía de desarrollo, y de lo cual no ha quedado excluida la Provincia de Córdoba, la que muestra una población claramente envejecida (13,35% proyectada al año 2006).
- Nuestra ciudad carece en APS pública no hospitalaria de provisiones al respecto. **No existe programa del adulto mayor**, sea con red sanitaria o con red de usuarios que los contemple. Todo aparece desarticulado, superpuesto, fragmentado, incoordinado, disperso e incompleto.
- De tal manera que, planear, programar, proyectar **para esta etapa de la vida** en nuestra ciudad es una **necesidad imperiosa e impostergable**. Requiere de un procedimiento racional para la toma de decisiones políticas con el fin de proponer soluciones alternativas para los problemas sociales sean éstos de **salud**, vivienda y seguridad social entre otros.
- Lo ideal es el máximo de racionalidad formal, más el máximo de racionalidad material, principios que han sido tenidos en cuenta en nuestro trabajo.
- En otros términos el desideratum es, el máximo de racionalidad política-decisional para su implementación, más el máximo de racionalidad técnica, instrumental lo que hemos tratado de plasmar en nuestras recomendaciones, para un programa integrado del AM en APS pública no hospitalaria en la ciudad de Córdoba.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Abranson J. H. (2006) Survey methods in community medicine. 3^{ra} ed., Edimburgo, Churchill Livingtone, 205-206.
2. Aguilar Villanueva L. F. (2004) Estudio introductorio en la implementación de las políticas. 1^{ra} ed., México, Porrúa, 62-63.
3. Aguilera M. C., Capella H. D., (2006) Uso de fármacos en geriatría. Rev Med Española, 7: 11-18.
4. Alonso Ojeda A., Ramos Cordero P., Monfort Ayestaran S. et. al. (2006) Nutrición, envejecimiento y estudio nutricional en el anciano, Geriatrika, 4: 19-23.
5. Álvarez S. R. (2005) Fármacos en la tercera edad, 1^{ra} ed., La Habana, Ed. Ciencias Médicas, 166-181.
6. American College of Physicians. (2004) "Task Force for adult immunization. Guide to Adult immunization". Ann Intern Med, 121: 89-96.
7. Andrés R., Bierman E. L., Hazzard W. R. (2005). Principles of Geriatric Medicine, 3^{ra} ed., New York, Mc.Graw-Hill, 123-131.
8. Antó S. M., Company A. (2004) Diagnóstico de Salud de la comunidad. Col. At Prim de la Sal. 2: 247-257.
9. Armas Y. El desarrollo de la APS en Cuba. [en línea] Año 2002. [Consultado: 21 de mayo de 2007] Disponible en la URL: [http://aps.sld.cu/seminario2002/conferencia/ver.php/"El%20desarrollo%20de%20la%20Atención%20Primaria%20de%20la%20Salud%20en%20Cuba"?id=63](http://aps.sld.cu/seminario2002/conferencia/ver.php/)
10. Artells J. J. (2005) Aplicación del análisis coste/beneficio en la planificación de los servicios sanitarios. 2^{da} ed., Barcelona, Masson, 18.
11. Atención Primaria de la Salud - Gobierno de Buenos Aires. [en línea] Año 2006. [Consultado: 14 de enero de 2007] Disponible en la URL: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a_primaria/presentacion.php?menu_id=17656
12. Atención Primaria de la Salud en la Ciudad de Buenos Aires: "Proyecto Buenos Aires 2010". [en línea] Bs. As., 2001. [Consultado: 25 de marzo de

- 2007] Disponible en la URL: <http://www.buenosaires2010.org.ar/www.buenosaires2010.org.ar/consejo/actividades/asamblea/documento.pdf>
13. Babb, S. P. (2004). Manual de Enfermería Gerontológico, 1^{ra} ed., México, Mc.Graw-Hill, 108-110.
 14. Badía J. G., Puxán Romagosa R. (2004) Manual de Geriatria. 3^{ra} ed., Barcelona, Masson, 93-98.
 15. Badía X., Rovira J. (1995) Evaluación económica de medicamentos. Dupont Pharma, 3: 12-18.
 16. Badía X., Miró J. et al. (2005) Evaluación de costos de medicamentos en los últimos 5 años. Uphjon pharma, 8: 27- 29.
 17. Baladan D. J, Goldfarb R. L., Perkel R. L. y cols. (2005) Follow-up study of an urban family medicine home visit program. J Fam Pract 26: 307-312.
 18. Bazo T. M. (2007) La ancianidad del futuro: Nueva sociología de la vejez. 1^{ra} ed., Barcelona, SG Editores, 17-44.
 19. Beers M. H. (2005) Manual de Merck de Geriatria: Tratamiento farmacológico en los ancianos, 10^{ma} ed., Madrid, Harcourt S.A., 965-968.
 20. Bernstein Lewis C. (2006) Aging. The Care Challenge, 2^{da} ed., Filadelfia, F. A. Davis, 98-105.
 21. Betinez del Rosario M. A. (2006) Hábitos de prescripción a los ancianos en atención primaria, Rev Esp Ger Gerontol, 31(1):5-10.
 22. Bolibar B; Cabezas C; Nin E., Violan C. (2006) Estudios multicéntricos en Atención Primaria de la Salud, 1^{ra} ed., Fundación Jordi Gol i Gurina, Barcelona, 86.
 23. Brickner P. W., Kaufman A., Martullo S., et al. (2006) The homebound aged. A medically unreached group. Ann Intern Med, 7: 85-90.
 24. Burns E. W. (2005) Enfermería Geriátrica. Rev Rap, 2: 103-106.
 25. Burns E. W. (2007) Enfermería Geriátrica, 1^{ra} ed., Madrid, Morata, 65-74.
 26. Cape R., et. al (2005) Geriatria. 1^{ra} ed., Barcelona, Salvat, 142-148.
 27. Carnevali D., Maxine P. (2004) Tratado de enfermería geriátrica, 1^{ra} ed., México, Interamericana, 125-131.
 28. Caselli J., López M. (2000) Libro Verde. 1^{ra} ed., Bs. As., Secretaría Tercera Edad. 13.

29. Conde, S. et. al. (2004). Salud Comunitaria: Diagnóstico, Estrategia, 2^{da} ed., Madrid, Díaz de Santos, 78-95.
30. Costa J. Análisis coste-efectividad. Evaluación económica a partir de los resultados de los ensayos clínicos. [en línea] Departamento de Teoría Económica, Universidad de Barcelona, 2005. [Consultado: 15 de agosto de 2007] Disponible en la URL: http://www.atheneum.doyma.es/Socios/sala_/lec09gest.htm
31. Costa J., Pigem M. Análisis coste/beneficio. [en línea] Departamento de Teoría Económica, Universidad de Barcelona, 2005. [Consultado: 14 de agosto de 2007] Disponible en la URL: http://www.atheneum.doyma.es/Socios/sala_/lec05gest.htm
32. Costa J, Pigem M. Qué es y como se realiza un análisis coste-beneficio en sanidad. [en línea] Departamento de Teoría Económica, Universidad de Barcelona, 2005. [Consultado: 15 de agosto de 2007] Disponible en la URL: http://www.atheneum.doyma.es/Socios/sala_/lec05gest.htm.
33. Díaz de la Peña J. (2004) Tratado de Geriátría y Asistencia Geriátrica, 2^{da} ed., Barcelona, Salvat, 187.
34. Díaz de la Peña J., Salgado E. et. al. (2006) El médico y la tercera edad. Situación actual de la prevención, tratamiento y organización asistencial de la enfermedad en la tercera edad, 1^{ra} ed., Barcelona, Salvat, 55-68.
35. Dubrin A. J. (2006) Fundamentos de Administración. 2^{da} ed., México, Thomson, 255.
36. Elkan R, Kendrick D, Dewey M. Meta-análisis: Más evidencia a favor de la efectividad del apoyo domiciliario para ancianos. [en línea] Año 2006. [Consultado: 5 de marzo de 2007] Disponible en la URL: http://www.foroaps.org/hitalba-pagina-articulo.php?cod_producto=758
37. Equipo realizador. (2000) Libro verde. Informe sobre la tercera edad en la Argentina: El Debate Internacional, 1^{ra} ed., Bs. As., Secretaría de la Tercera Edad, 14-319.
38. Esquinas M. F.; Sanchez L. G.; Yruela M. P. et. al. (2006) La Sanidad desde el otro lado. "La opinión Pública ante el Sistema Sanitario": fichas técnicas y cuestionarios de los barómetros sanitarios 1995-2004; 1^{ra}. Ed., Andalucía, Servicio Andaluz de Salud, 19-273.

39. Fericgla J. M. (2006) Envejecer. Una antropología de la ancianidad, 4^{ta} ed., Barcelona, Anthropos, 71-75.
40. Fram P. S. (2005) Is routine influenza immunization indicated for people over 60 years of age?. A positive view. *J Fam Pract*, 2: 12-17.
41. García Álvarez C. (2007) La industria farmacéutica ante el doble reto del envejecimiento, *Suplemento Rev Neurol*, 25: 76-78.
42. García Arilla et. al. (2005) Modificaciones corporales, estructurales y funcionales asociadas al envejecimiento, *Medicine*, 6: 382-383.
43. Gené J., Blay C., Solé M. (2004) Risk factor in psycofarm consumption. *Fam Pract Int J*, 4: 283-288.
44. Gené J., Mestre J, Miró I., et al. (2006) Correo electrónico en un programa de Atención Primaria de la Salud. *Fam Pract Int J*, 1: 45-46.
45. Gibbins F. J. (2004) Augment home nursing as an alternative to hospital care chronic elderly invalids. *Br J*, 5: 45-52.
46. González Montalvo J. I., Jaramillo Gómez E., Rodríguez Mañas L. et al. (2005) Estudio evolutivo de los pacientes en asistencia geriátrica domiciliaria de 18 meses. *Rev Clín Esp*, 8: 32-36.
47. Gorrionogoitía A., Ibañez I., Oloscoapa A. (2005) Autopercepción de Salud en el anciano. *Col. At. Prim. de la Sal.*, 10: 771-777.
48. Gowan M. (2000) Libro Verde. 1^{ra} ed., Bs. As., Secretaría de la Tercera Edad. 320.
49. Guijarro J. L. (2007) Medicamentos, polifarmacia y calidad de vida en el anciano, 1^{ra} ed., Navarra, Ed. Universidad de Navarra, 97-120.
50. Guillen Llera F. (2004) Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en geriatría. *Rev Esp Geriatr*, 9: 25-33.
51. Ham J. R. (2006) Atención Primaria en Geriatría. 2^{da} ed., Barcelona, Doyma, 210-215.
52. Harper A. E. (2004) Normas dietéticas en la senectud, *Geriatrics*, 29: 12-18.
53. Harper S. (2006) Actualización sobre el envejecimiento: preguntas para el siglo XXI. *Ageing and Society*. 1ra ed. Cambridge, University Press, 20-111.

54. Harper S. Creighton J. et. al. (2005) The physician's role in managing care. 1^{ra} ed., USA Cambridge, Ed. Harvard University, 102-134.
55. Health and Public Policy Committee. (2003) American College of Physician: long-term care of elderly. *Ann Intern Med*, 100: 760-763.
56. Health and Public Policy Committee. (2004) American College of Physician: long-term care of elderly. *Ann Intern Med*, 105: 454-460.
57. Health and Public Policy Committee. (2005) American College of Physician: long-term care of elderly. *Ann Intern Med*, 115: 528-532.
58. Herranz G. (1999) Polifarmacia en geriatría: implicancias médicas, éticas y sociales. *Rev Iberoam de Geriat y Geront*, 7: 12-20.
59. Hirschfeld M. J., Fleshman R. (2006) Nursing Home Care for the elderly: A world view, Oxford University Press, 10: 27-28.
60. Horan, M. A. (2004) Testbook of geriatric medicine and gerontology, 5^{ta} ed., Edimburg, Churchill Livingstone, 145-148.
61. Hoskins I., Kalache A., Mende S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad, *Rev Panam Salud Pública*, 17 (5-6): 444-451.
62. Huygen, F. J. A. (2004) Primary Health Care for the Elderly. *Coll Gen Pract*, 12: 35-41.
63. INSALUD (2006) Atención Primaria de salud a las personas mayores, 2^{da} ed, Madrid, Ed. Servicio de Documentación y Publicaciones. Instituto Nacional de la Salud, 25-41.
64. INSSJ y P. (2005) Encuesta sobre las necesidades de los ancianos, 1^{ra} ed., Bs. As., Secretaría de la tercera edad, 22.
65. Kark S. L. (2005) The practice of community-oriented Primary Health Care. 2^{da} ed., New York, Appleton-Century-Crofts, 182-183.
66. Keith B. (2004) Fármacos en geriatría en atención de los ancianos. *Publicación Científica # 546*, Washington D C., OMS, 267-273.
67. Kelly C. H. (2004) The care of the Geriatric patient. *Med Geriatr*, 12: 161-178.
68. Maimó N., Clotas N., Giró E. et. al. (2004) Programa de atención domiciliaria a pacientes crónicos. *Col At Prim de la Sal*, 16: 1051-1052.

69. Marín P. (2004). Manual de Geriatría y Gerontología. Aspectos demográficos del envejecimiento poblacional, 1^{ra} ed., Santiago de Chile, Universidad Católica de Chile, 2-6.
70. Martín F, Sánchez I (2005) La práctica de la medicina en el paciente geriátrico, 3^{ra} ed., Madrid, Saned, 20-36.
71. Martín Zurro A., Cano F., Trilla J. et. al. (2004) Manual de atención primaria. 2^{da} ed., Barcelona, Doyma, 105-112.
72. Martín Zurro, A., Cano Pérez, J. F. (2007) Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5^{ta} ed., Barcelona, Elsevier, 159-167.
73. Martínez B.; Pérez M.; Cebeira G. y et. al. (2005) Atención de pacientes ancianos con enfermedades crónicas, invalidantes o terminales en tres zonas urbanas de Madrid. Rev Clín Esp 8: 32-36.
74. Martínez B., Cebeira G. y cols. (2005) Los diez problemas de salud más frecuentes en el anciano. Fam. Pract. Int. J., 5, 320-321.
75. Martínez Querol C., Pérez Martínez V. T., et. al. (2005) Polifarmacia en los adultos mayores, Rev Cubana Med Gen Integr, 21: (1-2).
76. Master, R. J.; Feltin, M.; Jainchill, J., et. al. (2004) A continuum Primary Health Care for the inner city. J Med, 12: 32-38.
77. Mendicoa G. E. (2005) "Planteo de un caso para su análisis y evaluación", en, "La planificación de las políticas sociales", 1^{ra} ed., Bs. As., Espacio, 47-55.
78. Ministerio de Sanidad y Consumo (2004) Guía para la elaboración de un programa del anciano en Atención Primaria de la Salud, 1^{ra} ed., Madrid. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, 39.
79. Mintzberg H. (2005) "Diseño de la superestructura", en "Diseño de organizaciones eficientes", 2^{da} ed, Bs. As., El Ateneo, 105-110.
80. Mishara B. L., Riedel R. G. (2006) El proceso de envejecimiento, 2^{da} ed., Madrid, Morata, 146.
81. Montero Labbé, J. (2004) Medicina Ambulatoria del Adulto. 1^{ra} ed., Santiago de Chile, Ed. Universidad Católica de Chile, 202.
82. Moragas R. (2004) "Gerontología, profesiones y enfoque interdisciplinario". Rev Esp de Geriat y Geront, 15: 42-48.

83. Muntaabski, G., Chera S., Daverio D., Dure, I. El plan de Atención Primaria de la Salud: un cambio en el primer nivel de atención de la salud en la ciudad autónoma de Buenos Aires. [en línea] Año 2003. [Consultado: 15 de octubre de 2007] Disponible en la URL: http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Argentina/pla_natencionprimariasaludBsAs.pdf
84. McGowan Lynette. Estado mundial de las personas mayores 2002 [en línea] Año 2002. [Consultado: 22 de agosto de 2007] Disponible en la URL: http://www.helppage.org/Resources/Policyreports/main_content/1118337662-0-11/SOTWOPspan.pdf
85. Murray P., López J. (2006) Discapacidades en los adultos mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 32: 15-22.
86. Nelson R. A. (2007) Nutrición en Geriatría, *Sandomara*, 1: 19-23.
87. Neugarten B. L.; Havighurst, R. J.; Tobin S. S. (2003) The measurement of life satisfaction (review), *J of Gerontology*, 22: 18-25.
88. Neugarten B. L.; Datan, N. (2004) "Sociological perspectives on the life cycle". *Life-Span development psychology, personality and socialization*. 3^{ra} ed., New York, Eds. P. B. Baltes y K. W. Schaie, 98-112.
89. Neugarten B. L., Neugarten D. A. (2005) *Age in the aging society*. 2^{da} ed., New York, Daedalus, 75.
90. Nutting P. A. (2006) The next challenge of Primary Health Care. *J Fam Pract*, 24: 83-95.
91. Oddone M. J. (1999) Anciano y sociedad en Argentina, envejecimiento, demografía y bienestar en América Latina. *Rev del Cent de est Geront de la Univ. de Florida*, 32: 232.
92. Oddone M. J. (2003) Teoría social y envejecimiento: Atención médico-social de la tercera edad en América Latina, *CIESS (review)*, 35: 15-35.
93. OMS/UNICEF. (1978) Documento de la conferencia mundial de Alma Ata: Atención Primaria de la Salud.
94. Paola J. P. (1998) Es imprescindible la articulación a fin de pensar políticas sociales para la tercera edad. *Rev de Gerontol Mundial*, 3: 115-126.

95. Papalía D. E. (2004) The status of several conservation ability across the life-span human development. 1^{ra} ed., Washington D. C. Daedalus, 78.
96. Perlado F. (2004) Teoría y práctica de la Geriátría, 2^{da} ed., Madrid, Díaz de Santos, 85-96.
97. Peterson M. (2004) Physical aspects of aging: Is there such a thing as "normal"?. *Geriatrics*, 49: 41-45.
98. Phillips H. T., Gaylord S. A. (2005) *Aging and Public Health*, 1^{ra} ed., New York, Springer, 189.
99. Pinillo J. L. (1994) Una aproximación multidisciplinaria al entorno de la vejez: Mitos y estereotipos; los mayores que vienen. 1^{ra} ed., Madrid, S. G. Editores, 58-60.
100. Pinquart R., Martín J. L. (2006) Correlaciones de la salud subjetiva en los adultos mas ancianos, un meta-análisis. *Rev del Cent Intern de Longev*, 16: 414 - 426.
101. Polliach M. R. (2005) *Geriatrics - some problems of the elderly*. *Coll Gen P*, 15: 340 -353.
102. Prieto O., Vega E. (2004) *Temas de gerontología: Terapéutica farmacológica en el anciano*, 1^{ra} ed., La Habana, Ed. Ciencias Médicas, 131-138.
103. Pritchard P. (2006) *Manual de Atención Primaria de Salud*, 2^{da} ed., Madrid, Díaz de Santos, 163-165.
104. Programa Nacional de Médicos para la Atención Primaria de la Salud. [en línea] Año 2006. [Consultado: 20 de marzo de 2007] Disponible en la URL: http://www.msal.gov.ar/htm/site/prog_NMC.asp
105. Programa de Salud para Adultos Mayores (PROSAM). [en línea] Año 2006. [Consultado: 24 de octubre de 2007] Disponible en la URL: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a_primaria/programas/adultos/?menu_id=18688.
106. Rakowski, W. (2004) *Disease prevention and health promotion with older adults*, 4^{ta} ed., London, Sage, 94-96.
107. Reichel W. (2004) *Aspectos clínicos del envejecimiento*, 3^{ra} ed., Bs. As., El Ateneo, 106.
108. Roca G. R., Paz P. E., Losada G. J., et. al. (2007) *Farmacoterapia en el anciano*, 4^{ta} ed., La Habana, Ed. Ciencias Médicas, 1: 542-544.

109. Royal College of General Practitioners. (2005) Care of the old people: A Framework for progress, *Geriatrics*, 45: 21-37.
110. Salgado A., Alarcón M. T. (2005) Valoración del paciente anciano, 3^{ra} ed., Barcelona, Masson, 56-63.
111. Sánchez Delgado C. D. (2003) Gerontología Social, 2^{da} ed., Bs. As., Espacio, 112-119.
112. Sarabia Álvarez U. de J. (2003) La hospitalización a domicilio: Una nueva opción asistencial, *Policlínica*, 8: 16-24.
113. Selby P., Griffiths A. (2006) Guía para un envejecimiento satisfactorio, 2^{da} ed., London, Partenón, 42.
114. Señaris J.; Hidalgo A.; Perez S. (2006) “¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el sistema de Salud?”: valoración según los barómetros sanitarios”, 1^{ra} ed., Madrid, Ergon, 7-98.
115. Serrano González M. I. (2004). Educación para la salud y participación comunitaria: una perspectiva metodológica, 3^{ra} ed., Madrid, Díaz de Santos, 82-94.
116. Starfield B. (2007) Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos, *Rev Gerencia y Políticas de Salud*, 1: 7-28.
117. Steel K. (2006) Home care for elderly. The news institutions. *Arch Med*, 7: 18-25.
118. Tallis R., Gosney M. (2005) Prescription of contraindicated and interacting drug in elderly patients admitted to hospital. *Lancet*, 2: 564-567.
119. Taylor R. B. (2006) Home care family medicine. 1^{ra} ed., New York, Springer, 61-62.
120. Viveros, A. (2004). Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe, 2^{da} ed., Santiago de Chile, CELADE-FNUAP, 26-32.
121. Vüori H. (2004) “El diagnóstico de salud en la comunidad” Manual de Atención Primaria, 3^{ra} ed., Barcelona, Doyma, 21-35.
122. Wedderburn D. (2006) Los ancianos y la sociedad, 1^{ra} ed., Barcelona, Doyma, 59-112.
123. Williams, B. C., Mackay S. A., Torner J. C. (2005) Home health care comparison of patients and services among three types of agencies. *Med Care*, 29: 583-587.

124. Williams B. Wilkins T. (2004) Report of the United States Preventive Service Task Force, in *Guide to Clinical preventive service*, 3^{ra} ed., Baltimore, Daedalus, 106.
125. Wong R., Peláez M., Palloni A. (2005) Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Rev Panam Salud Pública*, 17(5-6): 323-332.

ANEXO 1



REVALIDACION DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

El instrumento de recolección de información – cuestionario – si bien ha sido tomado de los eurobarómetros Sanitarios de la Unión Europea, el mismo fue adaptado al ámbito donde se va a efectuar la investigación a fin de corregir los posibles sesgos que pudieren darse dado por las asimetrías propias de contexto tanto en lo que se refiere a aspectos socioeconómicos, culturales como de tiempo.

La adaptación del lenguaje al de las personas que formarían parte del ámbito de la investigación fue otro aspecto que se consideró relevante y crucial. Se tuvo en cuenta la edad, los conocimientos, la memoria, el nivel educativo, los estilos de vida, la motivación para contestar, y las capacidades de conceptualización.

La observación directa no estructurada y las entrevistas en profundidad fueron técnicas relevantes al momento de revalidar el instrumento de medición.

La observación directa fue realizada por el doctorando en el propio campo de la investigación a través de su práctica y experiencia profesional en APS en AM (adultos mayores), logrando un contacto directo y personal con la problemática investigada. Por otro lado se realizaron entrevistas en profundidad, domiciliarias, anónimas, voluntarias, guardando estricto sentido de confidencialidad en mayores de 60 años de ambos sexos, de distintas cohortes de edad que formarían parte de la población bajo análisis sobre la base de radios censales a partir de las zonas sanitarias 1, 2, 3, 4, 5, 6 seleccionadas de manera aleatoria.

Luego de la adaptación del cuestionario y antes de preparar la versión final de este, se realizó la prueba previa del mismo entre las personas que conformarían el universo en estudio. Con dicho ensayo se logró corregir los malos entendidos por parte de los participantes, la falta de continuidad, los patrones de salto deficientes, las alternativas adicionales para las preguntas previamente codificadas y cerradas y la reacción general del participante a la entrevista.

La supervisión de las diferentes instancias en la revalidación del cuestionario estuvo a cargo de quien suscribe la Mg. Alejandra Garbino profesora asociada de la cátedra de


Centro: Lima 363, (5000) Córdoba Tel./Fax 54-351-4144555 • www.ubp.edu.ar
Campus: Av. Donato Alvarez 380, (5147) Argüello - Córdoba, Tel./Fax 54-351-4144444.

FUNDACION UNIVERSIDAD PASCAL. Entidad de Bien Público sin Fines de Lucro. UBP Autorizada provisionalmente por Res. Nº 2336/90 del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. Ley 24.521.



Estadística Aplicada a la Economía y a la Administración I y II de la UBP en las semanas comprendidas entre el 1 de marzo de 2006 y el 15 de marzo del mismo año.

La presente certificación se extiende en la ciudad de Córdoba, a los 11 días del mes de junio de 2007.



Mg. Alejandra Garbino
Prof. Asociada de la cátedra de Estadística Aplicada
a la Economía y a la Administración I y II - UBP.

Centro: Lima 363, (5000) Córdoba Tel./Fax 54-351-4144555 • www.ubp.edu.ar
Campus: Av. Donato Alvarez 380, (5147) Argüello - Córdoba. Tel./Fax 54-351-4144444.

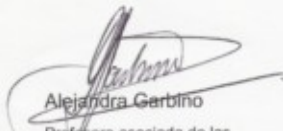
FUNDACION UNIVERSIDAD PASCAL. Entidad de Bien Público sin Fines de Lucro. UBP Autorizada provisionalmente por Res. N° 2359/90 del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación, Ley 24.521.

ANEXO 2

Ver Ficha Técnica Estadística utilizada en soporte papel.

ANEXO 3

Certifico que las 389 encuestas realizadas, aplicando cuestionario revalidado en las zonas sanitarias de las Ciudad de Córdoba, y, posteriormente procesadas para el trabajo de tesis del doctorando Luis Eduardo Peñaloza, fue supervisado en sus distintas instancias por quien suscribe Mg. Alejandra Garbino profesora asociada de la Cátedra de Estadística Aplicada a la Economía y a la Administración I y II (EAEAI y EAEAI) de la UBP. La presente certificación se extiende en la Ciudad de Córdoba, a los 10 días del mes de marzo de 2008.

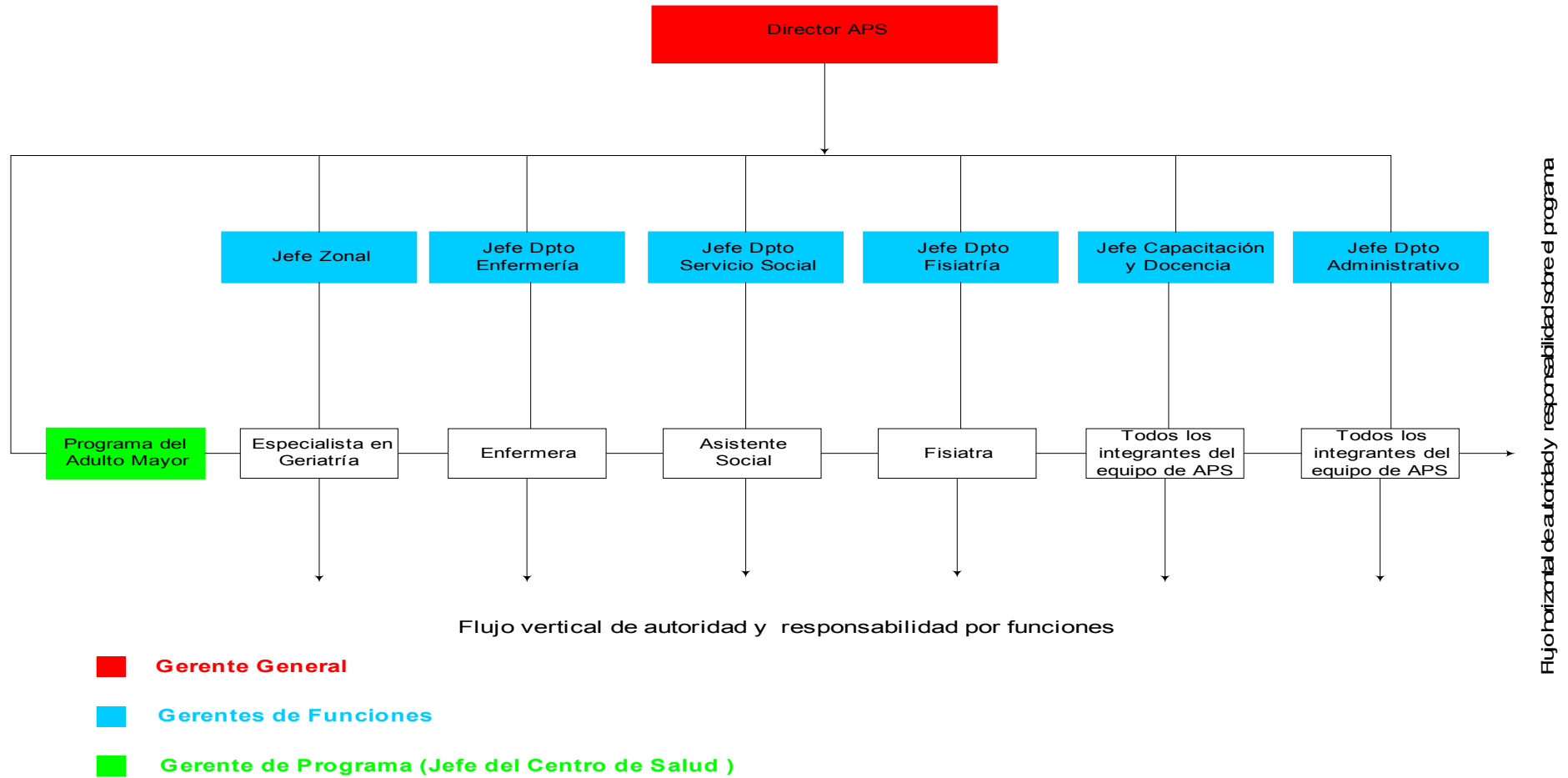

Alejandra Garbino
Profesora asociada de las
asignaturas EAEAI y EAEAI
UBP



ANEXO 4

Organigrama de Estructura Matricial (variante de la organización burocrática tradicional)

Figura 3. Organigrama de Estructura Matricial (variante de la organización burocrática tradicional)



ANEXO 5

Tabla 20
Actividades preventivas recomendadas en las personas de 60-74 años. Año 2007.

Prioridad	Afección	Intervención	Periodicidad
A	Tétanos - Difteria	Inmunización	Cada 10 años
A	Gripe	Inmunización	Anual
A	Neumonía de la comunidad	Inmunización	Cada 5-7 años
B	Trastornos de audición	Anamnesis y examen clínico	En el transcurso de visitas por otros motivos
A	Hipertensión	Medición T. arterial	Según criterio clínico
A	Caries	Examen oral y aconsejar una buena higiene	Anual
C	Parodontitis	Ídem. anterior	Anual
C	Cáncer oral	Ídem. anterior	Anual
A	Cáncer de próstata	Tacto rectal. Eco. PSA	Anual.
B	Cáncer de colon y recto	Sangre oculta en heces. Tacto rectal.	No más de una vez al año
B	Mala alimentación	MNA.	Según criterio clínico
B	Incapacidad progresiva ligada a la edad	Evaluación de las actividades físicas, psíquicas y sociales	Ídem Anterior
B	Osteoporosis	DEXA*	Ídem Anterior
B	Diabetes Mellitus	Ant. Clín. Glucemia	Ídem Anterior
C	Hipotiroidismo	Examen clínico. TSH	Cada 2 años
B	Cáncer de piel	Examen y recomendaciones	Según criterio clínico
C	Incontinencia. CA. de vejiga.	Interrog. citología	Según criterio clínico
A	Cáncer de mama	Ex clín. Mamografía	Anual
A	Cáncer de cuello uterino-endometrio.	Frotis. Colposcopia.	Anual

Priorización en orden decreciente: A-B-C

Fuente: Elaboración propia en base a USPSTF, American Cancer Society y American Geriatric Society.

* DEXA: Absorciometría con rayos X de doble energía

ANEXO 6

MARCO LÓGICO

EN BÚSQUEDA DE FINANCIAMIENTO INTERNACIONAL PARA NUESTRO PROGRAMA

El marco lógico **es simplemente una herramienta** que facilita el proceso de conceptualización, diseño y ejecución de proyectos y programas. Debe elaborarse con la participación inicial del equipo de país (en nuestro caso, Municipalidad de la Ciudad de Córdoba), y evolucionar con la participación activa del prestatario, de sus consultores, del equipo de proyecto, de la representación y del ejecutor. Se modifica y mejora repetidas veces, tanto durante la preparación como durante la ejecución del proyecto/programa.

Debemos aclarar que esta herramienta elaborada inicialmente por la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) es usada por el Banco Interamericano de Desarrollo (Actualmente presidido por el colombiano Luis Alberto Moreno) al otorgar créditos para la financiación de programas y proyectos, de los países miembros del mismo, entre ellos la República Argentina.

De tal forma el marco lógico refleja los lineamientos de la propuesta del prestatario y del informe de programa/proyecto al Banco. Sirve para orientar la lógica de éstos:

- ▶ Identificación del problema principal y selección de la mejor alternativa de programa para contribuir a la solución. Resultados que se alcanzarán al final de la ejecución del programa (objetivo general - Fin en el marco lógico).
- ▶ Definir el propósito (él o los objetivos específicos en el idioma del Banco, o sea los resultados esperados luego de que el programa haya estado en funcionamiento una cantidad significativa de tiempo).
- ▶ Determinar los componentes necesarios (obras, servicios, asistencia técnica y capacitación que se requiere para lograr el propósito).
- ▶ Establecer las Actividades necesarias (tareas). En nuestro caso: preventivas, atención de procesos crónicos, atención domiciliaria programada, para producir los componentes, el costo de las Actividades (presupuesto), y los Supuestos (riesgos).

De tal manera, el marco lógico contiene un resumen de **casi toda la información** que proveen las **diferentes disciplinas** y sirve como análisis y preparación del documento del préstamo. Esto es:

- **Análisis técnico:** resumidos en los indicadores de propósito, componentes y actividad, en el presupuesto y en el plan de ejecución.
- **Análisis económico:** resulta de la comparación entre los indicadores de Fin o propósito con el presupuesto.
- **Análisis institucional y financiero:** pueden aparecer como indicadores de Propósito y/o Componentes (ej: entrenamiento y/o estudios realizados, equipamiento provisto, etc.) o como supuestos (ej: incentivos dinerarios).

En definitiva, en fase de presentación ante los comités del Banco, el marco lógico constituye un resumen ejecutivo, un panorama sintético de los objetivos, de los costos, riesgos y resultados esperados. **Es decir, la formulación de un proyecto o programa según el marco lógico sirve para obtener un crédito de un organismo internacional, en un todo de acuerdo a las condiciones impuestas por la oficina de evaluación del BID o Banco Mundial.**

Al margen de estas aclaraciones diremos que nuestro trabajo contempla solo excepcionalmente ayuda de dicho organismo (créditos “blandos”, baja tasa de interés, largo plazo) y solo en la etapa inicial de implementación, no sólo por las condiciones supra expuestas sino también en razón de lo expresado en la Declaración efectuada en Alma-Ata (Kazaskstán, OMS, 1978) sobre la APS, en la que **se destaca que el coste, debe ser el que la comunidad y el país puedan soportar, en términos económicos financieros, ambientales, etc.**

De todas formas completaremos nuestro trabajo utilizando esta herramienta:

Resumen narrativo de objetivos	Indicadores verificables objetivamente	Medios de Verificación	Supuestos (riesgos)
Fin (objetivo general) Respuesta al problema más importante en el sector.	Tasas (mide los resultados que se alcanzarán al final de la ejecución del programa.	Objetivo logrado: material publicado, inspección visual, encuestas por Muestreo.	Para la sostenibilidad (continuidad en el tiempo de los Objetivos del Fin) No está bajo el control del gerente del programa.
Propósito (objetivo/s específicos)	Tasas (mide los resultados de mejora que el programa logrará luego de que haya estado en funcionamiento una cantidad significativa de tiempo.	Objetivo que se está logrando: material publicado, inspección visual, encuestas por muestreo	Los supuestos indican los acontecimientos, las condiciones o las decisiones que están fuera de control del gerente que tienen que ocurrir para que el programa logre el fin.
Componentes Obras, Servicios, Asistencia Técnica y Capacitación que se requiere: Ctros. de Salud en ejido Municipal ciudad de Cba., con equipamiento acorde para APS a la PAM > 60 años. Contar con Méd. Geriatra, enfermera, etc.	Cantidad, calidad y oportunidad de las obras, servicios, etc. que deberán entregarse: 86 Ctros. de Salud distribuidos estratégicamente. 86 equipos de APS, profesionales. Una ambulancia cada dos Centros. Etc.	Cosas contratadas que han sido entregadas: inspección del sitio, informe del auditor, etc.	Indican los acontecimientos, las condiciones o las decisiones que están fuera de control del gerente que tienen que ocurrir para que los componentes del programa alcancen el propósito.
Actividades (tareas: preventivas, atención procesos crónicos, atención domiciliaria programada)	Presupuesto para cada componente.	Si el presupuesto se gastó como estaba planeado: Departamento de Finanzas Municipal	Los supuestos son los acontecimientos, condiciones o decisiones fuera del control del gerente que tienen que suceder para completar los componentes.

Figura 1. Estructura del Marco Lógico*

*Ver escrito infra.

RESUMEN NARRATIVO DE LA JERARQUÍA DE OBJETIVOS

Fin (el Banco lo llama “Objetivo General”)

- Integrar la 3ra. edad en la APS no hospitalaria en la Ciudad de Córdoba, a fin de aumentar el nivel de salud física, psíquica y social y la calidad de vida de este grupo etario.

Propósito* (el Banco lo llama “Objetivo Específico”)

- Promover el auto cuidado de las personas mayores de 60 años, estimulando estilos de vida saludables, evitando el envejecimiento prematuro.
- Proteger, mediante inmunizaciones específicas y sistemáticas, de acuerdo a criterios internacionales a los adultos mayores.
 - Diagnosticar y tratar precozmente patologías que en etapa inicial son curables, con “restitutio ad integrum”.
 - Rehabilitar evitando incapacidades.
 - Favorecer la autonomía personal de los mayores.
 - Fomentar la solidaridad y las relaciones intergeneracionales, tanto en el grupo familiar como a nivel social.
 - Estimular actividades que contribuyan a concebir la vejez como una etapa dinámica, productiva y satisfactoria.
 - Detectar grupos de riesgo, físico, psíquico y social.
 - Valorar una atención domiciliaria versus una internación geriátrica.
 - Intervenir anticipadamente sobre las necesidades de salud de la comunidad.
 - Coordinar esfuerzos con los equipos que trabajan a nivel hospitalario sin romper la continuidad de la asistencia.
 - Aprovechar todos los recursos sociales en el ámbito de influencia (cooperación de los familiares, ONGs., clubes de abuelos, centros barriales, organizaciones de base, etc.)
 - Propiciar la permanencia de la persona mayor en su entorno.

***Aclaración:** Como en este caso existe más de un propósito, requiere más de un marco lógico: un marco maestro del programa con su meta y propósito y varios marcos subordinados. El Fin de cada uno de los marcos subordinados es idéntico al propósito del programa (marco maestro), pero cada uno tiene su propósito específico.

Componentes (listado de obras, servicios, asistencia técnica y capacitación).

- Poseer (propio o alquilado), la estructura física: Centros de Salud en el ejido municipal de la Ciudad de Córdoba, con equipamiento acorde para APS de adultos mayores de 60 años.
- Contar con médicos geriatras, enfermeras, fisiatras y asistentes sociales.
- Disponer de ambulancia de escasa complejidad.

Actividades (tareas).

- Prevenir (Prevención primaria, secundaria, terciaria.)
- Asistir procesos crónicos.
- Atender a domicilio, patologías invalidantes en forma programada, (soporte físico, psíquico y social).

INDICADORES VERIFICABLES PARA LA JERARQUÍA DE OBJETIVOS

Indicadores de Fin y Propósito (tres dimensiones: calidad, cantidad y tiempo)

- Tasas de mortalidad y morbilidad vinculadas a enfermedades evitables.
- Tasas de supervivencia ulteriores a actos médicos.
- Tasas de intervenciones médicas exitosas en cuanto a mejoras en la salud de los pacientes.
- Tasas de eventos adversos posteriores al tratamiento.
- Tasas de satisfacción de los usuarios con el sistema de atención de salud.

La disponibilidad de estos indicadores debe ser **anual**. Miden los resultados de mejora que el programa/proyecto logrará, luego de que haya estado en funcionamiento durante una cantidad significativa de tiempo (propósito), o los que se alcanzarán al final de la ejecución del programa/proyecto (fin).

Indicadores de los componentes (cantidad, calidad y oportunidad)

- Ochenta y siete Centros de Salud ubicados estratégicamente en los distintos barrios o agrupaciones barriales con equipamiento completo para APS en el cual el adulto mayor esté integrado. Lapso de cumplimiento del equipamiento completo: 2 años (los Centros ya existen, pero hay 28 UPAS carentes de equipamiento, en obras, servicios y personal capacitado).

- Ochenta y siete Equipos de APS profesionales (médico geriatra, enfermera, fisiatra, asistente social), que deberán cumplir 8 horas de jornada laboral, con un promedio de atención de 30 minutos por usuario en consultorio, y de 45 minutos en atención domiciliaria programada. Lapso para completar los equipos: 2 años (actualmente hay solo 2 médicos especialistas en Geriatría, y no existen fisiatras en los equipos de APS municipal).
- Una ambulancia de escasa complejidad cada dos Centros de Salud.

Indicadores de Actividades

Es el Presupuesto de nuestro programa “del Adulto Mayor”. Debe quedar incluido en el presupuesto general de APS municipal, en el modelo integrado propuesto, no hospitalario para la Ciudad de Córdoba, como un ítem más de los programas que desarrolla: materno infantil, gineco obstétrico, del adulto, etc.

Deberá ser actualizado por inflación, puesto en rango el rubro gastos en personal y contemplar los equipos profesionales propuestos: médicos especialistas en geriatría, enfermeras, psicólogos, fisiatras, asistentes sociales, guardando racionalidad económica, dentro de la idea general que la mirada ganancias/pérdidas en lo que respecta a salud en la administración pública debe ser sistémica, en contraposición a la administración privada donde la mirada ganancias/pérdidas esta puesta en el afán de lucro.

Medios de verificación (Fuentes de información)

El marco lógico indica dónde pueden obtener información acerca de los distintos indicadores el ejecutor o el evaluador. En nuestro caso podrán ser: material publicado por el Departamento de Estadísticas y Censos de la Provincia y Municipalidad, Departamento de Finanzas Municipal, además de inspección visual, encuestas por muestreo. Anuales.

Para el caso del **Fin** es verificar que el objetivo se logró. Para el caso del **Propósito**, que los objetivos se están logrando o en su defecto que existe un problema y sugieren la necesidad de cambios. Para el caso del **Componente** es verificar que las cosas que han sido contratadas han sido entregadas o cumplimentadas. Finalmente para el caso de las **actividades** (tareas), es verificar si el presupuesto se gastó como estaba planeado. Esta última

información en nuestro caso específico, se obtiene del Departamento de Finanzas Municipal.

Supuestos (Riesgos)

Comprende los riesgos ambientales, financieros, institucionales, sociales, políticos, etc. que pueden hacer que el programa fracase. Su característica sobresaliente es que están más allá del control directo del gerente de programa. Todo esto siempre dentro del análisis del marco lógico. Dentro de este análisis, los supuestos representan un juicio de probabilidad de éxito del programa que comparten el equipo de diseño del programa, la administración del Banco prestatario, y el ejecutor. Así, los supuestos de Fin indican los eventos, las condiciones o las decisiones importantes necesarias para la **sostenibilidad** (continuidad en el tiempo) de los objetivos del Fin; los supuestos de propósito indican los acontecimientos, las condiciones o las decisiones que tienen que ocurrir para que el programa logre el Fin; los supuestos de componentes son los acontecimientos, las condiciones o las decisiones que tienen que ocurrir para que los componentes del proyecto alcancen el propósito para el cual se llevaron a cabo, por ejemplo en nuestro caso, incentivos económicos adecuados para mantener profesionales motivados; y finalmente los supuestos de actividades son los acontecimientos, condiciones o decisiones que tienen que suceder para completar los componentes del proyecto verbigracia en nuestro caso, que los fondos lleguen en el momento debido, que no haya huelgas o devaluación de envergadura, etc..

En la práctica, en nuestro caso, son relativos porque se trata de un programa dentro de una organización gubernamental (APS Municipal) **consagrada como Institución fundamental de la sociedad**, y por ende, con pleno apoyo de todos los actores sociales cualquiera sea el signo político del gobierno o los funcionarios de turno, de tal forma que **la sostenibilidad** esta asegurada. Además, por principio general (Alma Ata, 1978), la APS **no** debe depender de dádivas de prestamos internacionales (se trate del BID, Banco Mundial, etc.), **sino de lo que la comunidad y el país puedan soportar, en términos ambientales, financieros, institucionales, etc., etc..**

Plan de ejecución

No forma parte del marco lógico sino que es un anexo a este. Toma la lista de actividades necesarias definidas en el marco lógico y presenta un gráfico de cuando comenzará y cuando terminará cada actividad (Gráfico de Gantt).

Uso secuencial del Marco Lógico

El marco lógico, insistimos es una herramienta dinámica para diseñar/ejecutar un proyecto/programa y no debe transformarse en un instrumento burocrático para presentar resultados finales. Tiene el potencial de enfocar y hacer más eficiente el proceso de preparación del proyecto/programa en el Banco.

Así, como hecho puramente formal, secuenciaremos gráficamente lo que sería el marco lógico en nuestro trabajo. Reafirmamos que la APS de un país, en un todo de acuerdo con la Declaración de Alma-Ata, OMS, 1978, no puede estar sujeta a la supervisión de un Banco; pero si es posible pedir un préstamo “blando” (baja tasa y largo plazo), para iniciar un programa de las características del propuesto en este trabajo.

	Ob	In	V	Su
Fin				
Propósito				
Componente				
Actividad				

Ob = Objetivos

In = Indicadores

V = Medios de verificación

Su = Supuesto

Figura 2. Marco Lógico al Nivel de Programación (CPP).

	Ob	In	V	Su
Fin		*		
Propósito		*		
Componente				
Actividad				

Ob = Objetivos

In = Indicadores

V = Medios de verificación

Su = Supuestos

* = Énfasis del trabajo

Figura 3. Marco Lógico al Nivel de Identificación (Perfil I).

	Ob	In	V	Su
Fin				*
Propósito		*		*
Componente		*		*
Actividad				*

Ob = Objetivos

In = Indicadores

V = Medios de verificación

Su = Supuestos

* = Énfasis del trabajo

Figura 4. Marco Lógico al Nivel de Perfil II y Orientación.

	Ob	In	V	Su
Fin				
Propósito				
Componente				

Actividad

--	--	--	--

Ob = Objetivos

In = Indicadores

V = Medios de verificación

Su = Supuestos

Figura 5. Ejecución del Programa. Parte del marco lógico bajo el control del Gerente.

ANEXO 7

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

COMITÉ INTEGRANTE DE LA REVISTA DE LA FCM – UNC

Dejo constancia que el Trabajo Científico presentado ante la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, por el médico cirujano Luis Peñaloza, MP 5867, DNI 07.974.957, titulado "Propuesta de un Programa para Integrar la tercer edad en la Atención Primaria de la Salud (APS) no Hospitalaria en la Ciudad de Córdoba " ha sido aceptado para su publicación.

A pedido del interesado se expide el presente en la ciudad de Córdoba a los 25 días del mes de Agosto de dos mil ocho.



Dra. Ana María SESIN
Coordinadora

DRA. ANA MARIA SESIN
PROFESORA TITULAR
SERVICIO DE NEFROLOGIA
HOSPITAL NACIONAL DE CLINICAS

**“PROPUESTA DE UN PROGRAMA PARA INTEGRAR LA TERCERA EDAD
EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS) NO HOSPITALARIA EN
LA CIUDAD DE CÓRDOBA”**

**“PROPOSAL OF A PROGRAM TO INTEGRATE THE THIRD AGE INTO
THE PRIMARY HEALTH CARE (PHC) NOT HOSPITALARIA IN CORDOBA
CITY”**

Luis E. Peñaloza¹

RESUMEN

¹ Médico Cirujano. Especialista en Geriátría. Magíster en Gerontología.

Desde lo sociopolítico, económico, biomédico, institucional, como esta planteada hoy la Atención Primaria de la Salud no hospitalaria con modelo dispensarizado en la Ciudad de Córdoba; implica que esta municipalizada (ley 7850/89)⁽¹⁾; que requiere de incremento permanente y exponencial de recursos humanos (el 73% de las erogaciones presupuestarias es en sueldos), dificulta la continuidad de la información y la asistencia, duplica registros, tiende a repetir exploraciones ya efectuadas, es subespecializada en adultos mayores, mecánica, despersonalizada y no contempla en forma integral aspectos preventivos y asistenciales, demográficos y psicosociales del grupo etario mayor de 60 años de capital importancia, como las inmunizaciones sistemáticas, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de patologías prevenibles, la rehabilitación-limitación de incapacidades, la vivienda, convivencia, nivel cultural y económico, incluso valorar una atención domiciliaria programada versus un ingreso a un hogar de ancianos.

Desde lo organizacional es de diseño sencillo, burocrático y carece de programa para la tercera edad.

Nuestro aporte es proponer un programa integrado donde el Adulto Mayor este contenido y busca prever y proveer para el futuro. El diseño es matricial, los recursos profesionales y materiales son de incremento moderado, mientras los recursos burocráticos no profesionales disminuyen en comparación al dispensarizado existente, los circuitos son claros (red de usuarios), con continuidad en la información (Historia clínica, social y de enfermería), de actividad preventiva y asistencial especializada, contempla aspectos psicosociales y no duplica servicios. La evaluación requiere de buenos registros y es mucho más precisa que el actual modelo.

Palabras claves: Atención primaria de la salud no hospitalaria, modelo dispensarizado, modelo integrado.

ABSTRACT

Taking into account the social, political, economic, biomedical and institutional point of view, in the way that today the Primary Health care (PHC) not hospitable is provided together with a model of a dispensaries program in Cordoba City. It implies that this PHC is Municipalized (Law 7850/89) and that it also needs of permanent and exponential increase of the human resource (73% of de expenditures of the budget is in salaries), it also impedes the continuity in the information and the assistance, it also duplicates records, with big possibilities of repeating explorations already carried out, it is subspecialized to the major adults, mechanical, despersonalized and it does not meditate in a covering, integrating and holistic forms the medical preventive and welfare, demographic and psychosocial aspect of the group over 60 years old, since they are the systematical immunizations, the precocious diagnosis, the opportune treatment, the rehabilitation, the characteristics of the housing, the living together, that cultural standard and economic they possess, etc. Besides, from organizational point of view it is a simple, bureaucratic traditional design an it lacks specific program for the third age.

Our contribution is to propose an PHC's integrated program where the elderly people is contained with a wide vision, tries to foresee and to provide for the future. The design is matrix-made, the human professional and material resources diminish substantially, the circuits are clear (users' net) with a good continuity in the information, it is of preventive and welfare specializing and personalized activity. The evaluation is more complex but it is much more precise.

Keywords: Primary Health Care not hospitable, dispensaries model, PHC's integrated model.

INTRODUCCIÓN

En los años 80 los demógrafos dieron la alerta acerca del envejecimiento poblacional en el mundo desarrollado. Fenómeno que se iba a repetir en los países en vía de desarrollo. Sin duda se produjo una revolución silenciosa e inusitada en los últimos cien años. En efecto, los habitantes del mundo industrializado ganaron término medio 25 años de vida y esta alza se proyecta como espectacular en este siglo XXI. De tal forma la tradicional pirámide poblacional cambia su perfil y pasa de una base ancha a una estrecha para transformarse en bala de cañón, caja mortuoria, pilar, rectángulo, cuadratura, incluso inversión en poblaciones muy envejecidas⁽²⁾⁽³⁾.

A partir de lo expuesto y en un primer momento el envejecimiento poblacional fue visto como fenómeno y como problema social. Dio origen a dos subculturas. La de la discriminación, la del “viejismo” la del “ageins” que fue el estereotipo negativo difundido. En contraposición se le opuso una subcultura de estereotipos positivos donde se valoraba no solo el poder de voto sino que se dejó de ver a los “cabezas grises” como carga económico financiera para pensarlos como potencial mercado.

La Ciudad de Córdoba donde va dirigido nuestro trabajo tiene un perfil de población claramente envejecida; además la coexistencia y superposición de una pluralidad de organismos nacionales, provinciales, municipales y organizaciones no gubernamentales (ONGs), la falta de coordinación y planificación socio-demográfica-estratégica, la ausencia de control de calidad de las prestaciones, la escasa formación y capacitación de recursos humanos en esta área ha desembocado en la actual inexistencia de una política social integradora para la tercera edad⁽⁴⁾. Esta desarticulación de políticas ha fragmentado las acciones y ha dividido al adulto mayor en una atención parcial inaceptable de sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales indisolubles e inseparables desde la mirada gerontológico⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

De tal forma y para ser congruentes con nuestra propuesta, dejaremos aclarado que seguiremos una línea conceptual operacional de, programa: regional, provincial, municipal, lógica geográfica; en contraposición a plan: nacional, general muy abarcativo, y proyecto: particular, singular y pequeño. Dentro de la misma línea operacional por tratarse de un trabajo multidisciplinario optamos como la mayoría de las organizaciones internacionales competentes la edad de 60 años como límite inferior para definir la población adulta mayor⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

OBJETIVOS

Objetivo General: Actualizar información disponible acerca de los programas de APS no hospitalaria en los adultos mayores de 60 años.

Objetivos Específicos: Proponer para la Ciudad de Córdoba un programa de APS no hospitalaria que integre la tercera edad. Contribuir mediante la aplicación de este programa a mejorar la eficiencia y la eficacia en la intervención, médica, psicológica y social en este grupo etario en APS no hospitalaria. Debatir sobre lo que proponemos y la actual situación en el área de la ciudad de Córdoba.

MATERIAL Y MÉTODOS

Trabajo Bibliográfico: Se consultó la biblioteca y hemeroteca de la Facultad de Medicina y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional y Universidad Católica de Córdoba. Se utilizó material proveniente del postgrado de Geriatria y del Magister de Gerontología de la UNC. Respecto de leyes y decretos se investigó en la biblioteca de la legislatura de la Provincia de Córdoba y en el boletín oficial. En relación a Ordenanzas municipales se analizaron originales de Oficialía Mayor de la Municipalidad de Córdoba. Finalmente se recurrió al soporte informático vía Internet.

Trabajo de Campo: Entrevistas formales (pautadas) e informales con jefes de Secretarías, subsecretarías, Direcciones y Departamentos de la Provincia y la Municipalidad de Córdoba: Secretaría y Subsecretaría de Salud Pública, Dirección de Atención Primaria de la Salud, Departamento de Estadística, Departamento legal y de finanzas Municipal y Agencia Córdoba Solidaria. Entrevistas informales con equipos de APS representativos municipales. Se obtuvo el plano de la ciudad de Córdoba con localización de Centros de salud, Unidades Primarias de atención de Salud (UPAS) y Dirección de especialidades Médicas (DEM) del Departamento de Arquitectura y Urbanismo en el Palacio Municipal.

ESTADO DE SITUACIÓN DE LA APS. NO HOSPITALARIA. CIUDAD DE CÓRDOBA. MODELO DISPENSARIZADO NO HOSPITALARIO. TERCERA EDAD.

- Córdoba capital a través del gobierno municipal brinda el 50% de la APS de toda la Provincia.
- En la ciudad de Córdoba existen 89 Centros de Salud (8 de 24hs. Que cuentan con enfermera, médico generalista, pediatra y gineco-obstetra); además de 28 UPAS (Unidades Primarias de Atención de Salud), que solo cuentan con enfermera, y médico ad honorem o pasantes del último año de la carrera de medicina o enfermería, 2 o 3 veces por semana y con tiempo de atención muy limitado.
- Se evacúan mas de 1.800.000 consultas anuales
- El presupuesto total incluidos gastos en personal para el año 2007 fue de \$ 55.822.952.
- Los medicamentos provienen de la subdirección de farmacia (partida presupuestaria propia) que produce alrededor de 50 mill. de comprimidos anuales; tienen un vademécum de 40 medicamentos de los cuales 12 son genéricos. Con ese vademécum básico y programa Remediar solucionan el 90 % de las patologías atendidas.
- En APS dispensarizada trabajan alrededor de 915 personas (11,44%) sobre un total de 8000 empleados municipales de planta; y el salario promedio de bolsillo es de \$ 2.450.
- La APS. Carece de vehículos propios para el traslado o evacuación de personas. En caso de extrema necesidad lo hacen a través del servicio de emergencia municipal (107, o a través de un convenio con un sistema privado –Ecco-).
- El diseño de programa de APS actual de la Municipalidad de Córdoba es burocrático tradicional, como corresponde a una organización simple dispensarial.
- Finalmente, y lo más importante es que **la atención dispensarizada carece de programas y de equipos de atención primaria especializados para la tercera edad.**

DISCUSIÓN

Desde los sociopolítico la APS no hospitalaria en la ciudad de Córdoba es de exclusiva responsabilidad de la comuna capitalina, en razón de que el gobierno provincial dispuso la municipalización de los distintos Centros de Salud que de ella dependían a partir de la ley de reforma administrativa del Estado 7850/89⁽¹⁾, anexo A punto 9, las leyes modificatoria incorporadas, sus decretos reglamentarios⁽⁸⁾ y complementarios⁽⁹⁾. Todo dentro de un modelo globalizador de políticas neoliberales caracterizadas por la focalización de la pobreza, la privatización de los servicios y la descentralización administrativa y económica.

Los argumentos esgrimidos más importantes para el dictado de estas leyes y decretos fueron: 1) superposición de servicios, 2) incoordinación ejecutiva, 3) fragmentación de las prestaciones, 4) dispersión de los recursos y falta de optimización de los mismos, 5) falta de planificación estratégica y específicamente en APS.

A pesar de la descentralización comentada (leyes y decretos); a partir del 1/4/02 la provincia implementa el programa PADES (programa de atención domiciliaria y equipos de soporte) que se superpone claramente con la atención domiciliaria programada municipal. Asimismo en el año 2003 la Provincia de Córdoba abrió diez centros de APS, vinculados únicamente al programa “Familias para la inclusión social”, instrumentado por la Agencia Córdoba Solidaria destinados a mujeres con muchos hijos y sin recursos con financiamiento del BID, contraviniendo leyes y decretos al respecto.

Agregamos: en abril de 2003 se instrumenta por la provincia el programa “Familia Salud”, por el cual se crea un sistema de emergencia gratuito vulgarmente conocido como 136, cuando en la ciudad de Córdoba existe un servicio municipal (107) establecido, el que debería ser reforzado convenientemente y no crear otro paralelo.

Estos programas provinciales aparecen como fuera de la lógica de la racionalidad y de la congruencia que deberían presidir los actos de política gubernamental, y se inscriben dentro de la superposición de servicios, la incoordinación ejecutiva, la fragmentación de las prestaciones, la dispersión de los recursos y la carencia de una planificación estratégica adecuada, que sirvieron de marco crítico para la sanción de las precitadas leyes y decretos.

Además **desde lo económico** el modelo dispensarizado actual vigente municipal requiere de incremento permanente y exponencial de recursos humanos. El insumo sueldos se lleva el 73% de las erogaciones totales en APS, la mayoría del cual (casi el 85%- está fuera de rango-) se destina a personal administrativo, burocrático, no técnico, recordando que en los Centros de Salud trabajan básicamente profesionales.

Desde lo gerencial-organizacional, es de diseño sencillo, burocrático tradicional y carece de programas para el adulto mayor. Asimismo dificulta la continuidad de la información y la asistencia, tiende a duplicar registros y tiene grandes posibilidades de repetir exploraciones ya efectuadas, porque parte de un modelo no integrado.

Desde lo biomédico, no contempla en forma abarcativa, integral y holística aspectos preventivos y asistenciales de capital importancia y trascendencia, como las inmunizaciones sistemáticas (según calendario internacionalmente aceptado), el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de una variada gama de patologías prevenibles, la rehabilitación y limitación de incapacidades por ser subespecializada, mecánica y despersonalizada en relación al adulto mayor. Todo en razón de ser atendidos por médicos generalistas en lugar de especialistas como sería lo deseable, y que solo cuentan con fichas clínicas, primitivas, obsoletas, caducas e ineficaces para mantener una buena continuidad en la información y la asistencia de las necesidades físicas, psíquicas y sociales del grupo etario de más de 60 años.

Tampoco se ocupa al menos acabadamente de **aspectos demográficos** (no delimita población diana –no tiene programa-) y **psicosociales**, como ser la características de la

vivienda, la convivencia, que nivel económico y cultural poseen, si tienen necesidades básicas insatisfechas e incluso valorar una atención domiciliaria versus una internación geriátrica, porque solo cuenta con red puramente sanitaria.

PROPUESTA

Fundamentos

La carencia de programas de APS no hospitalaria para el grupo etario mayor de 60 años, es más que una imprevisión un desatino y un despropósito político.

En consonancia con lo dicho planteamos un modelo de programa para la tercera edad que creemos sustentable en lo económico, viable en lo político y posible de aplicar desde lo gerencial-organizacional.

A partir de la situación actual y las perspectivas demográficas futuras, es indispensable integrar variables de importancia estratégica en el grupo de adultos mayores para la determinación de políticas, planes, programas y proyectos; esto es salud, vivienda, condiciones económicas, sociales, culturales y **satisfacción vital** respecto a la esperanza de vida; ya que la realidad nos indica que la población de Córdoba esta claramente envejecida (13,35% proyectada al año 2006)⁽¹⁰⁾, en parte subatendida y/o desatendida. La idea madre es la posibilidad de **integrar** al anciano dentro de la asistencia que ofrece el equipo de atención primaria (EAP) -modelo integrado-, versus el modelo actual dispensarizado y carente de programa para la población **adulto mayor (PAM)**. Concebimos nuestra propuesta dentro de la organización burocrática municipal para ser congruentes, lógicos y racionales desde lo sociopolítico con la legislación vigente, utilizando el mismo espacio físico, pero con **modificaciones sustanciales** respecto al programa del adulto vigente que no contempla la problemática del adulto mayor.

En definitiva con una visión amplia, en base a un adecuado conocimiento, donde el anciano este contenido, buscamos prever y proveer para el futuro de los mayores de 60 años dentro de parámetros de eficacia, eficiencia, equidad, participación y solidaridad.

Formulación

Aspectos Gerenciales-Organizacionales-Institucionales

- **Diseñar en forma matricial la Organización Municipal en Atención Primaria de la Salud.** A un modelo integrado como el que proponemos le corresponde un diseño matricial.
- **Incrementar en forma moderada los recursos humanos profesionales y materiales respecto al dispensarizado existente.** Nuestro programa requiere de especialistas y de aparatología elemental para cumplir con su cometido.
- **Disminuir en forma considerable los recursos humanos burocráticos, no técnicos respecto al actual.** Hoy en día esos recursos son exagerados y tiene que ver con factores exclusivamente políticos (amiguismo y clientelismo).
- **Determinar circuitos claros de usuarios.** Proponemos red de usuarios en lugar de red sanitaria como el modelo actual. Esto implica un concepto más amplio que lo puramente médico-asistencial-preventivo, para extenderse a lo socio-político-demográfico.
- **Poseer buena continuidad y coordinación en la información.** Contamos para ello con Historia clínica, de enfermería y psicosocial, en lugar de la ficha clínica actual.

- **Aprovechar todos los recursos existentes en el ámbito de influencia (Centros de jubilados, de participación comunitaria, asociaciones etc.) y coordinar esfuerzos con los equipos que trabajan a nivel hospitalario, sin romper la continuidad de la asistencia.**
- **Dotar al programa de equipo de especialistas multidisciplinario y que actúen en forma intertransdisciplinaria.**
- **Delimitar la población diana definida por los factores edad, sexo y factores de riesgo.**
- **Proveer a los Centros de Salud de rampas pasamanos, pisos antideslizantes, sala de esperas confortable, tele asistencia etc.**
- **Disponer de medio de movilidad adecuado.** Ambulancia de baja complejidad para el traslado o derivación al hospital de referencia del adulto mayor (AM) con impedimento psicofísico.

Aspectos Biomédicos y Psicosociales

- **Desarrollar actividad preventiva y asistencial personalizada y especializada.** Versus la despersonalizada, mecánica y subespecializada vigente.
- **Realizar actividades de promoción y protección específica.** Fundamentalmente educación sanitaria –básicamente promoción del autocuidado- y calendario de vacunaciones internacionalmente aceptados.
- **Efectuar diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.** De patologías frecuentes, causantes de gran parte de la morbimortalidad del adulto mayor.
- **Rehabilitar y limitar incapacidades psicofísicas y sociales.** Con EAP funcionando “in toto”: reeducación, recuperación, readaptación, reubicación.
- **Contemplar aspectos específicos psicosociales:** vivienda, convivencia, nivel económico y cultural, soporte social; inexistente actualmente.
- **Valorar una atención domiciliaria programada versus un ingreso a una Residencia Geriátrica.**

Aspectos Económicos Financieros

- **Presupuesto.** No diferirá mucho respecto al vigente salvo actualizado por inflación y por las erogaciones en personal especializado, requerimiento esencial en nuestro programa, a condición de usar principios de racionalidad económica. Nuestra propuesta esta en línea con los postulados de Dubrin⁽¹¹⁾ en sus fundamentos de administración: “los gastos en personal no deben constituir mas del 50 % del costo de operar una empresa cualquiera fuere ella”.

RECAPITULACIÓN⁽¹²⁾

Desde lo sociopolítico-económico-biomédico institucional a nuestro programa lo sintetizamos así: **Nombre:** Integro. **Dirección:** Sarmiento 480. Ciudad de Córdoba. **Institución responsable:** Municipalidad de Córdoba a través de la secretaría y subsecretaría de Salud Pública. **Fuente de Financiamiento:** Municipal. **Objetivos:** General: Integrar la tercera edad en la APS no hospitalaria a fin de aumentar el nivel de salud física, psíquica y social y la calidad de vida en este grupo etario. Específicos: 1) Promover el autocuidado de las personas mayores de 60 años, estimulando estilos de vida saludables, evitando el envejecimiento prematuro. 2) Proteger mediante inmunizaciones específicas y sistemáticas, de acuerdo a criterios internacionales a los adultos mayores. 3) Diagnosticar y tratar precozmente patologías que en etapa inicial son curables, con “restitutio ad integrum”. 4) Rehabilitar limitando incapacidades. 5) Favorecer la autonomía personal de los mayores. 6) Fomentar la solidaridad y las relaciones intergeneracionales, tanto en el grupo familiar como a nivel social. 7) Estimular actividades que contribuyan a considerar la vejez como una etapa dinámica, productiva y satisfactoria. 8) Detectar grupos de riesgo físico, psíquico y social. 9) Valorar una atención domiciliaria programada versus una internación geriátrica. 10) Intervenir anticipadamente sobre las necesidades de salud de la comunidad. 11) Coordinar esfuerzos con los equipos que trabajan a nivel hospitalario sin romper la continuidad de la asistencia. 12) Aprovechar todos los recursos sociales en el ámbito de influencia. 13) Propiciar la permanencia de la persona mayor en su entorno. Se entiende que los objetivos específicos están destinados a las personas incluidas en la población diana de acuerdo a los problemas de salud física, psíquica y social prioritarios, y a las necesidades y factores de riesgo más importantes del grupo previamente identificado. **Bienes y/o servicios que brinda:** Salud física, psíquica y social. **Población beneficiada:** Adultos mayores de 60 años. **Localización:** Ciudad de Córdoba. **Modalidad de ejecución:** Según demanda de la población y/o requerimiento institucional, en Centros de Salud y Atención domiciliaria programada. **Criterios de focalización:** Toda la ciudad de Córdoba, utilizando la capacidad instalada en Centros de Salud y UPAS dependientes de la Municipalidad de Córdoba. **Criterios de accesibilidad:** Las consultas pueden efectuarse en cada Centro de Salud, resultan también del relevamiento y detección efectuados por el EAP en atención domiciliaria. **Organismo responsable de la ejecución del programa:** Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba. **Efectores:** Equipos de APS especializados (médico geriatra, enfermera, fisiatra, asistente social, psicólogo). **Responsable del programa:** Director de APS. **Evaluación Ex –Post:** De acuerdo a indicadores de la OECD (Organización para el desarrollo y la cooperación económica).

CONCLUSIÓN

La vejez es una etapa más del ciclo de la vida (teoría del Life Span), pero a la vez una de las más extensas. El envejecimiento poblacional es un hecho, un fenómeno, un desafío histórico sin precedentes sin retorno, exponencial y geométrico, no solo de los países desarrollados sino también que se ha hecho extensivo a los en vía de desarrollo y del que no ha quedado excluida la Provincia y la ciudad de Córdoba. De tal manera que planear, programar, proyectar para esta etapa de la vida en nuestra ciudad requiere de racionalidad política. Lo ideal es el máximo de racionalidad formal, más el máximo de racionalidad material. En definitiva el desideratum es, el máximo de racionalidad política-decisional (lo que esta fuera de nuestro alcance), más el máximo de racionalidad técnico-instrumental que es lo que hemos tratado de plasmar en nuestro programa.

REFERENCIAS

1. Ley de Reforma Administrativa N° 7850/89 de la Provincia de Córdoba. Modificada por Leyes N° 8174, 8204, 8209, 8375, 8392 y 8524.
2. Oddone, M.J.(1999)“Anciano y Sociedad en la Argentina, envejecimiento, demografía y bienestar en América Latina”. Centro de estudios gerontológicos de la Universidad de Florida, 32, 232
3. Harper S.(2006) Actualización sobre el envejecimiento: preguntas para el siglo XXI. Ageing and Society. 1ra. ed. Cambridge, University Press, 20-111
4. Paola J.P.(1998) “Es imprescindible la articulación a fin de pensar políticas sociales para la tercera edad”. Buenos Aires, Rev. Gerontología Mundial, 3: 115-126
5. OPS (2005) “Hacia el bienestar de los ancianos”, Washington D. C.
6. OMS/ UNICEF (1978) Atención Primaria de la Salud. Documento de Alma Ata. Ginebra
7. Equipo realizador. (2000) Libro Verde. Informe sobre la tercera edad en la Argentina: El debate internacional, 1ra ed., Bs. As., Secretaría de la tercera edad, 319
8. Decretos Reglamentarios de la Ley de Reforma Administrativa N° 7850/89 de la Provincia de Córdoba N° 6457/89, 1495/92 y 1645/94
9. Decretos Complementarios de la Ley de Reforma Administrativa N° 7850/89 de la Provincia de Córdoba N° 6453/89, 6454/89, 6455/89, 6456/89, 6484/89, 407/90, 1421/90, 3700/90, 1872/91, 2853/91, 1097/92, 2985/92, 3700/92, 1095/93, 520/95 y 661/95
10. Index, “ Censo de población”: Proyectada por el Centro de estudios avanzados de la UNC, 2006
11. Dubrin A. J.(2006) Fundamentos de Administración, 2da. ed. México, Thomson, 255, 2006
12. Siempro (2006) “Guía de programas sociales 2006”. Bs. As. Secretaría de Tercera Edad y Acción Social, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Aguilar Villanueva, Luis F.: “Estudio introductorio” en La implementación de las políticas. 1ra ed., México, Porrúa, 62-63, 2004
- American college of Physicians: “Task Force for adult Immunization. Guide to Adult immunization”. Ann Intern Med, 121, 89-96, 2004
- Artells, J.J.: “Aplicación del análisis coste-beneficio en la planificación de los servicios sanitarios”. 2da. Ed., Barcelona, Masson, 18. 2005
- Brickner, PW; Kaufman, A.; Martullo, S., et. al.: The homebound aged. A medically unreached group. Ann. Intern. Med., 7, 85-90, 2006
- Equipo realizador: El médico y la tercera edad. Situación actual de la prevención, tratamiento y organización asistencial de la enfermedad en la tercera edad. Estudio sociológico. Madrid, Libro blanco, 2006
- Fram, PS.: Is routine influenza immunization indicated for people over 60 years of age?. A positive view., J. Fam. Pract., 2: 12- 17, 2005
- Gibbins, FJ, y cols.: Augmented home nursing as an alternative to hospital care for chronic elderly invalids. New York, Br. Med. J., 5: 45-52, 2004
- González Montalvo, J. I., Jaramillo Gómez E.; Rodríguez Mañas L., et. al.: Estudio evolutivo de los pacientes en asistencia geriátrica domiciliar de 18 meses. Barcelona, Rev. Clin. Esp., 8: 32-36, 2005
- Guillen Llera, F.: Ayuda a Domicilio. Aspectos médicos en geriatría. Rev. Esp. Geriatr., 9, 25-33, 2004

- Harper S., Creighton J. et al: The physician's role in managing care. 1ra. ed, USA, Cambridge, Ed. Harvard University, 102-134, 2005
- Huygen, F.J.A: Primary Health Care for the Elderly. Coll. Gen Pract., London, 12:35-41, 2004
- Martínez B.; Pérez M.; Cebeira G. y et. al.: Atención de pacientes ancianos con enfermedades crónicas, invalidantes o terminales en tres zonas urbanas de Madrid. Rev. Clín. Esp., 8:32-36, 2005
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Guía para la elaboración de un programa del anciano en Atención Primaria de la Salud, 1ra. ed., Madrid, Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, 39, 2004
- Moragas R.: "Gerontología, profesiones y enfoque interdisciplinario". Rev. Esp. de Geriat. y Geront., 15, 42-48, 2004
- Neugarten, BL; Neugarten, DA: "Age in the aging society". 2da. Ed., New York, Daedalus, 75, 2005
- Neugarten, BL; Havighurst, R.J.; Tobin S. S: The measurement of life satisfaction. (review), Journal of Gerontology, 22, 18-25, 2003
- Neugarten, BL; Datan, N.: "Sociological perspectives on de life cycle". En P.B. Baltes y K. W. Schaie (Eds.), Life-Span development psychology, personality and socialization. 3ra ed. Eds. P. B.y K. W. Schaie, 98-112, 2004
- Oddone, MJ: "Teoría Social y Envejecimiento", Atención médico-social de la tercera Edad en América Latina. CIESS (review), 35: 15-35, 2003
- Ordenanza Municipal N° 10.472 del 20/03/02
- Papalía, DE: "The status of several conservation ability across the life-span. Human development", 1ra. ed., Washington D. C. Daedalus, 78, 2004
- Pinillos, J.L.: "Mitos y estereotipos, Los mayores que vienen." En J. L. Pinillos, A. de Miguel, M Fisac, et. al. Una aproximación pluridisciplinar al entorno de la vejez. 1ra.ed., Madrid, S. G. Editores, 58-60, 1994
- Pritchard, P.: Manual de atención primaria de salud. 2da. ed., Madrid, Díaz de Santos, 163-165, 2003
- Rakowski, W. "Disease prevention and health promotion with older adults". 4ta. Ed. London, Sage. 94-96, 2004
- Royal College of General Practitioners: Care of the old people: "A Framework for progress", London, Geriatrics, 45: 21-37, 2005
- Sarabia Alvarez U. "La hospitalización a domicilio: un nueva opción asistencial", Policlínica, 8:16-24, 2003
- Subsecretaría de la Tercera Edad: "Estudio sobre expectativas, demanda y satisfacción de la personas mayores con respecto a las prestaciones médico-sociales"; en "La situación de los ancianos en la Argentina", Bs. As., Horacio Pagani, (review), 2004
- Steel K., "Home care for the ederly: the new institution", Arch. Med., 7:18-25, 2006
- Vuõri, H.: "El diagnóstico de salud en la comunidad". Manual de Atención Primaria 3ra. ed. Barcelona, Doyma, 21-35, 2004
- Williams, BC; Mackay, SA, y Torner, JC: Home Health Care. Comparison of patients and service among three types of agencies. Baltimore, Med. Care, 29: 583-587, 2005
- Williams and Wilkins: "Report of the United Stated Preventive Service Task Force", in Guide to Clinical preventive service, 3rd ed., Baltimore, Daedalus, 106, 2004