

LINEAMIENTOS OPERATIVOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

Mayo 2018

CONTENIDO

1)	ANTECEDENTES.-	3
2)	SITUACIÓN ACTUAL DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN ECUADOR	4
3)	JUSTIFICACIÓN	5
4)	MARCO LEGAL	8
5)	OBJETIVOS.-	10
	5.1.- Objetivo general.-	10
	5.2.- Objetivos específicos.-	10
6)	GLOSARIO DE TÉRMINOS:.....	10
7)	MARCO TEÓRICO.-	16
8)	ATENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL.....	17
	8. 1.- IDENTIFICACIÓN.-	17
	8.2.- CAPTACIÓN.-	17
	8.3.- ATENCIÓN.-	18
	8.4.- Actividades de Promoción:	20
	8.5.- Actividades de prevención:.....	21
	8.6.- Referencia:	21
	8.7.- Contrareferencia:.....	21
	8.8.- Seguimiento:.....	22
9)	ATENCIÓN EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL.....	22
10)	ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA.	25
	10.1.- Transporte primario (atención pre-hospitalaria).....	25
	10.2.- Transporte secundario.....	25
	10.3.- Estrategias de intervención.....	25
11)	ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.	26
	11.1.- Rol del Psicólogo en la atención del Adulto Mayor.	26
12)	ATENCIÓN A PERSONAS ADULTAS MAYORES CON DISCAPACIDAD.....	27
	12.1.- Identificación:	27
	12.2.- Captación:	27
	12.3.- Proceso para la Atención:	27
	12.4.- Tipo de Atención:	28
	12.5.- Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).....	29
	12.6. Seguimiento del adulto mayor con discapacidad o condición discapacitante:	30
13)	AGENDAMIENTO DE CITAS A TRAVÉS DEL SISTEMA CONTACT CENTER:	32
14)	ANEXOS:	33
	14.1- Escala de Zarit y Zarit Abreviada.....	33

1) ANTECEDENTES.-

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que la mayoría de personas, incluso en los países más pobres, viven más años sin embargo, esto no significa que su calidad de vida sea mejor o más digna. Por otro lado, más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso, la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas casi al 1%; aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños auto infligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores.

Anualmente mueren en todo el mundo unas 646.000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos, las personas mayores de 65 años son los más propensos a caídas.

La OMS manifiesta también, que las tasas de maltrato pueden ser mayores entre los ancianos residentes en instituciones que en los que están en la comunidad y puede conllevar desde lesiones físicas hasta psicológicas con consecuencias prolongadas, además manifiesta que una de cada tres personas adultas mayores afronta alguna enfermedad crónica; el 65% de adultos mayores presentan sobrepeso u obesidad, el 14,7% de personas mayores de 65 años ha sufrido insultos y el 15,9% negligencia en su cuidado a nivel mundial y recomienda disponer de 40 camas hospitalarias por cada 10.000 personas y de 25 servidores de salud por cada 1.000 adultos mayores,

3

En el Ecuador la Constitución de la República otorga la categorización de prioritaria a la población adulta mayor y establece que esta recibirá atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

El Ministerio de Salud Pública, en concordancia con lo establecido en la Carta Magna, con la finalidad de garantizar acceso a la salud integral de la población de adultos mayores, cuenta con documentos normativos que guían el accionar de los profesionales en los establecimientos de salud. Entre dichos documentos tenemos los siguientes:

- Políticas integrales de salud para el adulto mayor, 2007.
- Guías clínicas geronto – geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor, 2008.
- Programa nacional de atención integral de salud del adulto mayor, 2008.
- Normas y protocolos de atención integral de salud de las/os adultos mayores, 2010.
- Guía de mejoramiento de la calidad en la atención integral de salud de las personas adultas mayores, 2011.
- Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente, 2011.

Sin embargo, a pesar de contar con una amplia normativa, al Estado Ecuatoriano aún le falta trabajar en temas de salud, que partiendo desde una valoración integral prevenga la aparición de

patologías y complicaciones, fortalezca la promoción de salud, la atención integral oportuna, rehabilitación y cuidados paliativos, el trabajo con la familia, y que permita brindar las herramientas para un cuidado integral del Adulto Mayor y su cuidador.

En base a esta necesidad, el Ministerio de Salud Pública, elabora el presente lineamiento para garantizar que la política pública en materia de salud enfocada al adulto mayor sea aplicada correctamente en el territorio.

2) SITUACIÓN ACTUAL DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN ECUADOR

De acuerdo a los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010), en nuestro país existen 1.049.824 personas mayores de 65 años (6,5% de la población total). En el año 2017 el porcentaje de personas mayores de 65 años fue del 7,04% y al 2025 superaría el 10% de la población total siendo mayor al porcentaje de niños menores de cinco años.

La población adulta mayor es en su mayoría femenina y con un promedio de 7 años de educación formal.

La esperanza de vida al nacer es de 72,7 años para los hombres y 78,7 para las mujeres.

Las provincias de Pichincha y Guayas son las que presentan el porcentaje más alto de población mayor a 65 años mientras que la Amazonía y Galápagos presentan el menor porcentaje y se identifican predominantemente como mestizas (79,31%), blancas (8,77%), indígenas (6,53%) y afrodescendientes (5,06%).

Más del 50% de los adultos mayores en el Ecuador, se encuentran en condiciones de pobreza y pobreza extrema, condición que los hace vulnerables a sufrir enfermedades degenerativas, mal nutrición, problemas de salud mental y violencia.

El 23% de la población adulta mayor, presenta algún tipo de discapacidad; el 18% sufre de depresión, especialmente las mujeres.

En materia de educación, el 33,1% de mujeres ecuatorianas mayores a 65 años es analfabeta; solo el 57% de adultos mayores ha completado la educación primaria y el 27% no tiene ningún tipo de instrucción formal; esto se agudiza en las poblaciones indígenas y afrodescendientes.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) en su página oficial, manifiesta que el 57,4% de la población adulta mayor se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza, en el área rural el porcentaje se incrementa a 80 de cada 100 personas y señala que solamente el 34% de personas mayores de 65 años se encuentran afiliadas a la seguridad social. Además, realiza una caracterización de este grupo etario:

- 45% en condiciones de pobreza y extrema pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).
- El 42% vive en el sector rural.
- 14,6% de hogares pobres se compone de un adulto mayor viviendo solo.

- 14,9% son víctimas de negligencia y abandono.
- 66% no accede a seguridad social.

3) JUSTIFICACIÓN

El abordaje en salud de la población adulta mayor, exige la adopción de acciones que tomen en cuenta la especificidad, necesidad y las características particulares de esta población con enfoque prioritario, debido a que las complicaciones que pueden presentarse en este curso de la vida, pueden cambiar de manera inesperada, ocasionando complicaciones graves e incluso la muerte.

Entre enero y diciembre de 2017 la estadística del Ministerio de Salud Pública arroja los siguientes datos de asistencia sanitaria en el Adulto Mayor:

Por parte del personal pre-hospitalario de emergencia, se registra que, se han realizado un total de 24.489 atenciones de emergencia a los adultos mayores, de un total de 131.170 atenciones a nivel nacional, lo que representa el 18.67%, como se puede observar en la cuadro N. 1.

Cuadro N. 1.- Atenciones de adultos mayores, por coordinación zonal

Grupo Etario	CZ1	CZ2	CZ3	CZ4	CZ5	CZ6	CZ7	CZ8	CZ9	Total	%
65 en adelante	2269	419	5151	1523	3540	3155	3715	3347	1370	24489	18.67%
Total por Zona	14904	3882	30689	8478	19777	19545	14475	13475	5945	131170	100%

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, DNAPHUM.

Fuente: Registro de atenciones pre-hospitalarias 2017

En la cuadro N. 2 se evidencia las atenciones realizadas por tipo de evento, en donde se observa que el mayor porcentaje de emergencias atendidas son descompensaciones clínicas y en segundo lugar están los traumatismos/lesiones/caídas.

Cuadro N. 2.- Porcentaje de atención por tipo de evento en adultos mayores

Tipo de Evento	PORCENTAJE
Eventos Clínicos	74,64%
Traumatismos / Lesiones / Caídas	16,11%
Accidentes de Tránsito	5,00%
Eventos Gineco - Obstétricos	1,61%
Intoxicaciones / Envenenamientos	1,28%
Exposición Frio / Calor /Agente	0,42%
Otros	0,94%

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, DNAPHUM.

Fuente: Registro de atenciones pre-hospitalarias 2017

Las atenciones de emergencia registradas a adultos mayores por Coordinación Zonal, se detallan en la Cuadro N. 3.

Cuadro N. 3.- Porcentaje de atenciones en adultos mayores por tipo de evento y coordinación zonal

Tipo de Evento	CZ1	CZ2	CZ3	CZ4	CZ5	CZ6	CZ7	CZ8	CZ9
Eventos Clínicos	65,51	68,28	75,44	85,04	80,48	77,09	74,48	76,35	69,05
Traumatismos / Lesiones / Caídas	19,54	16,61	16,49	7,15	11,37	19,95	18,84	19,21	15,87
Accidentes de Tránsito	8,15	5,81	4,67	5,37	4,02	1,58	3,64	3,94	10,32
Eventos Gineco – Obstétricos	4,70	8,14	0,00	0,00	0,86	0,28	0,00	0,49	0,00
Intoxicaciones / Envenenamientos	1,48	1,16	0,00	1,83	2,96	0,28	2,19	0,00	1,59
Exposición frío / Calor /Agente	0,55	0,00	2,08	0,00	0,31	0,00	0,00	0,00	0,79
Otros	0,60	0,00	1,32	0,61	0,00	0,83	0,84	0,00	2,38
Total Atenciones	2269	419	5151	1523	3540	3155	3715	3347	1370

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, DNAPHUM.

Fuente: Registro de atenciones pre-hospitalarias 2017

De acuerdo a los datos observados en el año 2017, se puede evidenciar que el mayor tipo de intervenciones en Atención Pre Hospitalaria a pacientes adultos mayores, se presentaron en la Zona 3 con un total de 5.151, de las cuales más del 70% equivalen a eventos clínicos. Además, se puede observar en la cuadro N° 3, que en las zonas 3, 4, 5, 6, 7 y 8 el porcentaje de eventos clínicos superan el 70%.

En vista de las estadísticas antes mencionadas, se concluye que es necesario establecer estrategias de prevención y atención para fortalecer las capacidades del servicio de salud móvil.

Durante el año 2016 el Ministerio de Salud Pública a través del sistema de referencia y contra referencia, del segundo y tercer nivel de atención (89 hospitales básicos, 30 hospitales generales 12 Hospitales 1 hospital del día y 2 hospitales de especialidades), se registraron 526.445 atenciones ambulatorias a personas de 65 años o más.

Cuadro N. 4.- Adultos mayores atendidos en el segundo y tercer nivel de atención en el año 2016

Establecimiento	Mujeres	Hombres	Intersexo
Hospital Básico	67315	44394	87
Hospital General	170472	117430	155
Hospital Especializado	41776	17145	19
Hospital de Especialidades	42588	25064	2
Total	322151	204031	263

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, DNH.

Fuente: Sistema de referencia y contrareferencia 2016.

Es necesario contar con mayor cantidad de talento humano especializado en Geriatria en los niveles hospitalarios a fin de cubrir las necesidades de la población de Adultos Mayores del país.

Se debe considerar incluir un geriatra como parte de los servicios de los hospitales básicos que tengan entre su población a servir, mayor porcentaje de adultos mayores sobre todo en condición de vulnerabilidad.

Debe existir al menos 1 Geriatra por cada 50 camas en los hospitales generales, que valore y coordine el tratamiento de todos los adultos mayores que estén hospitalizados en los diferentes servicios del hospital.

Se debería considerar en este contexto, la repotenciación de los Hospitales Especializados en Atención Integral al adulto mayor, dotándolos de una unidad de cuidados intermedios.

De acuerdo con las cifras proporcionadas por la Dirección Nacional de Discapacidades, al cierre del año 2017 se registraron 114.248 adultos mayores con discapacidad de un total de 441.988 personas con discapacidad, de las cuales 54.733 son mujeres y 59.515 son hombres.

De estos, 84.881 tienen una discapacidad visual, 20.092 auditiva, 4.905 intelectual, 3.530 psicológica y 840 de lenguaje.

Cuadro N. 5.- Adultos mayores con discapacidad por provincia

Estadística de adultos mayores con discapacidad por provincia			
Provincia	Total	Tasa x 10.000	Tasa x 100.000
Azuay	9952	6.02	60.21
Bolívar	2069	1.25	12.52
Cañar	2413	1.46	14.60
Carchi	1901	1.15	11.50
Chimborazo	5188	3.14	31.39
Cotopaxi	3027	1.83	18.31
El Oro	5138	3.11	31.09
Esmeraldas	2954	1.79	17.87
Galápagos	127	0.08	0.77
Guayas	24931	15.08	150.83
Imbabura	3548	2.15	21.47
Loja	3930	2.38	23.78
Los Ríos	5528	3.34	33.44
Manabí	12742	7.71	77.09
Morona Santiago	1331	0.81	8.05
Napo	941	0.57	5.69
Orellana	1280	0.77	7.74
Pastaza	775	0.47	4.69
Pichincha	15128	9.15	91.53
Santa Elena	2514	1.52	15.21
Santo Domingo	2877	1.74	17.41
Sucumbíos	1049	0.63	6.35

Tungurahua	3913	2.37	23.67
Zamora Chinchipe	991	0.60	6.00
Zona No Delimitada	1	0.00	0.01
Total	114248	69.12	691.21

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, DND.
Fuente: Sistema de referencia y contrareferencia 2016.

4) MARCO LEGAL

4.1.- Constitución de la República

Estado: Vigente

Art. 3.- "Son deberes primordiales del Estado: Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes".

Art. 32.- "La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional."

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas (...)

Art. 360.- "El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con la medicina ancestral y alternativa."

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades,

pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

(...) 3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social. (...)

(...) 8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

4.2.- Ley orgánica de discapacidades

Registro Oficial Suplemento 796 de 25-sep-2012

Estado: Vigente

Art. 1.- Objeto. - La presente Ley tiene por objeto asegurar la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales; así como, aquellos que se derivaren de leyes conexas, con enfoque de género, generacional e intercultural.

Art 19.- Derecho a la salud. - El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural. La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través la red pública integral de salud.”

Art 20.- Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación. - (...) La habilitación y rehabilitación son procesos que consisten en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención. Su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. La autoridad sanitaria nacional establecerá los procedimientos de coordinación, atención y supervisión de las unidades de salud públicas y privadas a fin de que brinden servicios profesionales especializados de habilitación y rehabilitación. La autoridad sanitaria nacional proporcionará a las personas con discapacidad y a sus familiares, la información relativa a su tipo de discapacidad.”

Art. 23.- Medicamentos, insumos, ayudas técnicas, producción, disponibilidad y distribución. - La autoridad sanitaria nacional procurará que el Sistema Nacional de Salud cuente con la disponibilidad y distribución oportuna y permanente de medicamentos e insumos gratuitos, requeridos en la atención de discapacidades, enfermedades de las personas con discapacidad y deficiencias o condiciones discapacitantes. Las órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas que reemplacen o compensen las deficiencias anatómicas o funcionales de las personas con discapacidad, serán entregadas gratuitamente por la autoridad sanitaria nacional a través del Sistema Nacional de Salud; que, además, garantizará la disponibilidad y distribución de las mismas, cumpliendo con los estándares de calidad establecidos.

4.3.- Ley Orgánica de Salud

Ley 67 - Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic-2006

Última modificación: 24-ene-2012

Estado: Vigente

Art. 5.- "Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información".

4.4.- Ley del anciano

Registro Oficial N° 376 Suplemento 13-oct-2006

Estado: Vigente

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

5) OBJETIVOS.-

10

5.1.- Objetivo general.-

Establecer lineamientos operativos para la atención integral a la población de adultos mayores en los servicios del Ministerio de Salud Pública.

5.2.- Objetivos específicos.-

- Brindar atención integral al adulto mayor desde el nivel primario, conforme lo establece el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural.
- Determinar los roles y competencias del talento humano en la atención al adulto mayor.
- Establecer criterios de referencia y contrareferencia entre los niveles de atención del Ministerio de Salud Pública.

6) GLOSARIO DE TÉRMINOS:

Atención extramural o comunitaria: Es la atención que se realiza fuera del establecimiento de salud, el objetivo es el cuidado de la salud a través de medidas que se orienten a la identificación y control de riesgos a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno, implementación de estrategias y acciones de prevención, promoción de la salud, educación sanitaria, fortalecimiento de la participación ciudadana y de la coordinación intersectorial para actuar sobre los determinantes de la salud y contribuir al desarrollo integral a nivel local, a través de la ejecución de: a) Actividades

de organización comunitaria que fortalezcan la vigilancia comunitaria. b) Identificación oportuna de riesgos y/o daños en individuos, familias y comunidad e implementación de planes de atención. c) Actividades sistemáticas de promoción de la salud a nivel individual, familiar y comunitario. d) Atención a población priorizadas y comunidades alejadas. e) Identificación de eventos centinela para la realización de medidas epidemiológicas oportunas. Estas acciones se llevan a cabo en: Instituciones educativas, centros de privación de libertad, fábricas, empresas, domicilio de usuarios comunidad en general.

Atención Integral: Son todas aquellas acciones realizadas por el Estado y la Sociedad Civil de manera concertada y negociada tendientes a garantizar que las personas, las familias y los grupos poblacionales permanezcan sanos y en caso de enfermar, recuperen rápidamente su salud evitándoles en lo posible la ocurrencia de discapacidad o muerte. La atención integral en salud va más allá del plano biológico y curativo, sino que garantiza el acceso a todos los servicios de salud para que el individuo y su familia alcancen el bienestar, a través del cuidado continuo y seguimiento permanente.

Atención intramural: Es la que se brinda a un PACL en una unidad de salud de todos los niveles de atención de acuerdo a su nivel de complejidad. Bajo esta modalidad el profesional realiza acciones de recuperación de la salud, prevención de riesgos y enfermedad, promoción de la salud, cuidados paliativos y rehabilitación. Se implementa bajo las normas, protocolos y guías clínicas de atención establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional que son de cumplimiento obligatorio para todas las unidades de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria.

Atención Primaria en Salud.

La APS-R es una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud, representa un eje de los procesos de transformación de los sistemas de salud bajo los siguientes objetivos:

- Facilitar la inclusión social y la equidad en salud
- Promover los sistemas de salud basados en APS
- Potenciar la promoción de la salud y promover la atención integral e integrada
- Fomentar el trabajo intersectorial y sobre los determinantes
- Orientar hacia la calidad de la atención y seguridad del paciente
- Fortalecer los recursos humanos en materia de salud

Este mandato implica reorientar el modelo de atención hacia un modelo que fortalezca la promoción y la prevención; implementar estrategias que permitan el acceso equitativo y continuo a servicios integrales de salud, que se adecuen a las necesidades y demandas de la población, reconociendo y dando respuesta a las especificidades que devienen de la diversidad étnica y cultural, del momento del ciclo vital, de género y territorial. Implica también la articulación intersectorial y la participación ciudadana en torno a procesos de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida. La Atención Primaria no significa exclusivamente servicios en el I nivel de atención, sino que considera que el I nivel de atención es la puerta de entrada a los otros tres niveles más complejos de atención, con la finalidad de dar atención integral y específica a las demandas individuales.

Atención prehospitalaria: se define como un servicio operacional y de coordinación para los problemas médicos urgentes y que comprende todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital.

Es ejecutada por personal profesional certificado y equipado para realizar un conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y terapéutica prehospitalaria, encaminadas a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de la ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en la institución asistencial.

Ayudas técnicas: son todas aquellas herramientas, equipos, instrumentos, sistemas, productos, etc. que se utilizan para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, cuya finalidad es mantener o mejorar la autonomía, por tanto, promover su bienestar.

Calificación de la discapacidad: es un proceso mediante el cual se realiza la evaluación técnica biopsicosocial (médica, psicológica y/o social) a la persona con discapacidad mediante la recopilación, análisis de documentos (certificados de especialidad, exámenes complementarios, etc) de evidencia médica/psicológica de las secuelas y limitaciones orgánicas y/o funcionales producto de las deficiencias irrecuperables a través del instrumento de calificación (valoración de la situación de minusvalía) vigente.

Calificación o recalificación domiciliaria: proceso mediante el cual el equipo calificador acude al domicilio de una persona con discapacidad muy grave o mayor al 75% con alto grado de dependencia o postración, para desarrollar la calificación o recalificación correspondiente.

Capacidad Resolutiva: Es el nivel de respuesta que tiene un establecimiento de salud a la demanda de atención o solución inmediata a cuadros complejos de salud de una persona o grupo de personas, con acciones integrales, inmediatas y oportunas haciendo uso de los recursos físicos y humanos debidamente calificados, quienes harán diagnóstico y tratamiento oportuno. La capacidad resolutiva se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.

Ciclos de Vida: Con la finalidad de garantizar una atención específica por grupo etáreo y con enfoque de género, se han establecido ciclos de vida, de acuerdo al siguiente detalle:

Cuadro N. 6. Determinantes de la salud.

Ciclo de Vida	Grupos de edad			
Niñez 0 a 9 años	Recién nacido	1 a 11 meses	1 a 4 años	5 a 9 años
	0-28 días			
Adolescencia 10 a 19 años	Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años		Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años	
Adultos/as 20 a 64 años	Adulto joven: 20 a 39 años		Adulto 40 a 64	
Adulto mayor	Mayor a 65 años			

Fuente: MAIS-FCI

Contrareferencia: Es el procedimiento obligatorio por el cual, un usuario o usuaria que inicialmente fue referido/derivado es retornado luego de haber recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención correspondiente, para garantizar la continuidad y complementariedad de su atención.

Cuidador: Persona que se encuentra a cargo de brindar la atención directa al paciente que presenta una dependencia severa, misma que es entendida como el impedimento de poder valerse por sí solo debido a la imposibilidad de realización de las actividades cotidianas, requiriendo del apoyo o cuidados de una tercera persona.

Cuidados Paliativos: Los cuidados paliativos se orientan entre otros aspectos, a ofrecer atención integral a la persona que está en fase terminal del proceso de enfermedad, atendiendo las necesidades biológicas, psicosociales y espirituales hasta el momento de morir y, a la familia y la comunidad facilitando el acompañamiento del paciente y apoyo incluso en el proceso de duelo. Durante todo el ciclo vital de las personas se pueden presentar enfermedades que amenazan la vida, sin posibilidad de curación y por lo tanto requieren cuidados paliativos, que se deben prestar en los tres niveles de atención de acuerdo a los protocolos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, cumpliendo actividades de promoción, prevención, tratamiento activo, intervenciones interdisciplinarias en estrecha relación con la familia y la comunidad.

Derivación: Es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a las usuarias o usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de complejidad, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente. Para realizar las derivaciones a la red complementaria primeramente se debe agotar la red pública de salud y se debe utilizar el formulario 053.

Determinantes de la salud: Factores de riesgo de y protección llamados también determinantes de la salud, así se les denomina al conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud.

Cuadro N°7. Determinantes de la salud.

Conductuales	Biológicos
Hábitos, costumbres, creencias, actitudes y comportamientos.	Genes, edad, género, nutrición, inmunidad, vigor
Ambientales	Sociales
Aire, agua, tierra fuego	Relaciones familiares, situación financiera, trabajo, comunidad, amigos, libertad personas, valores personales

Fuente: MAIS FCI

Discapacidad: es un término general que engloba las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, refiriéndose a los problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Emergencia: Es la alteración de la integralidad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requieren de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

Enfermedad: Trastorno del normal funcionamiento de nuestro organismo, tanto a nivel físico como mental.

Equipo Calificador Especializado: es el equipo de profesionales (médico/a general o familiar, psicólogo/a clínico y trabajador/a social), capacitado y acreditado por la Dirección Nacional de Discapacidades del Ministerio de Salud Pública para realizar la evaluación, calificación y recalificación de personas con discapacidad, en los establecimientos de salud del primer nivel de atención y en los establecimientos de segundo nivel que tengan anidados establecimientos de salud calificadores.

Equipo de Atención Integral en Salud: Un equipo EAIS es aquel formado por un médico, un enfermero/a, y un TAPS. Cada equipo tiene la responsabilidad de garantizar la atención integral de las familias asignadas y de cada uno de sus integrantes a través de la aplicación de la ficha familiar, la identificación de riesgos y necesidades de salud, la implementación y seguimiento de planes de intervención, garantizar la continuidad de la atención a través de la referencia- contrareferencia. El equipo de atención integral de salud ampliado está constituido por los profesionales establecidos de acuerdo a la tipología de unidades y la cartera de servicios

Para el sistema de salud ecuatoriano se ha definido los siguientes estándares:

- A nivel urbano: Un médico/a, una enfermera/o y un TAPS por cada 4000 habitantes
- A nivel rural: Un médico/a, una enfermera/o y un TAPS por cada 1500 a 2000 habitantes.

Grupos de atención prioritaria: La Constitución Ecuatoriana en el artículo 35 establece que las personas y grupos de atención prioritaria: adultos mayores, mujeres embarazadas; niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad; personas privadas de la libertad, personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad; así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, quienes recibirán atención prioritaria y especializada de los servicios públicos y privados.

Modalidades de Atención: El MSP, garantiza la atención continua de las personas en conflicto con la Ley, a nivel individual, familiar y comunitario.

La estructuración de la oferta de servicios de salud se fundamenta en el perfil epidemiológico, las necesidades de acuerdo al ciclo de vida, la priorización de condiciones y problemas de salud en cada centro penitenciario. En el Ecuador, la provisión de salud se lleva a cabo en diferentes modalidades de atención que facilitan el acceso de la población y que serán aplicadas también a los CPLS:

- Atención extramural o comunitaria.
- Atención intramural o en un establecimiento de salud.
- Atención Pre-Hospitalaria.

Modelo de Atención Integral en Salud MAIS-FCI: Conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. (MAIS), cuyo objetivo es Organizar el sistema de salud para responder de manera eficaz a las necesidades de salud de la población a través del fortalecimiento del trabajo con las familias, desarrollo de nuevas formas relacionales, ubicación al usuario en el centro de la atención, instalación de buenas prácticas, desarrollo de intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social.

Persona con deficiencia o condición discapacitante: es aquella que presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales, manifestándose en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse, oír y/o ver, comunicarse, o integrarse a las actividades esenciales de la vida diaria, limitando el desempeño de sus capacidades; y, en consecuencia, el goce y ejercicio pleno de sus derechos.

Persona con discapacidad: es toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento General a la Ley Orgánica de Discapacidades.

Provisión de Servicios de Salud: Es la oferta de servicios integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las necesidades de salud de la población, a nivel individual, familiar y comunitario. La estructuración de la oferta de servicios públicos y privados se fundamenta en el perfil epidemiológico del país, las necesidades de acuerdo al ciclo de vida, la priorización de condiciones y problemas de salud considerando criterios como la evitabilidad y equidad, así como las necesidades específicas que devienen del análisis de género e intercultural.

Referencia: Es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a las usuarias o usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor o al mismo nivel de atención o de complejidad; cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud.

La referencia se realiza entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema utilizando el formulario 053.

Referencia inversa: Este proceso se realiza cuando un usuario o usuaria se autorefiere al servicio de emergencia de un establecimiento de salud del segundo y/o tercer nivel de atención, mismo que debe ser atendido su problema de salud sea urgente o emergente y de ninguna manera se negara la asistencia sanitaria por no tener una referencia. Luego que el profesional atendió su problema de salud, debe llenar el formulario N9053 donde señale que no ha sido referido/a desde el primer nivel de atención y enfatizando este hecho con mayúsculas en la parte superior del formulario. Este formulario debe ser enviado con el usuario o usuaria al establecimiento de salud del primer nivel de atención correspondiente. El usuario o usuaria se autorefiere a un establecimiento de salud de mayor nivel de atención debido a que no recibió atención o no dispone de establecimientos de

salud del primer nivel cerca de su domicilio, o ya sea por desconocimiento del nivel que puede resolver su caso. El registro y análisis de estos casos permite corregir el funcionamiento del sistema de salud.

Salud: La OMS define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Así también se considera un proceso dinámico y complejo de salud-enfermedad, en el que intervienen tanto las condiciones y comportamientos individuales como el medio ambiente físico y social en que se vive. No existe una separación absoluta entre salud y enfermedad sino que forman un continuo cuyos extremos son un estado de salud óptimo y la muerte por el otro lado.

Salud Mental: La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Urgencia: Enfermedad o problema de salud que podría convertirse en una emergencia si es que el cuidado médico dado por una condición que, sin tratamiento en su debido tiempo, se podría esperar resulte en emergencia

7) MARCO TEÓRICO.-

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de cambios moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de contraer enfermedades que pueden desencadenar en la muerte prematura. Estos cambios dependen de la reserva fisiológica de cada individuo, por ello, la vejez no puede ser considerada igual en todas las personas, existen nonagenarios con más vitalidad que una persona en adultez temprana, por ello, los sistemas de salud deben tomar en cuenta necesidades específicas y realizar abordajes de manera individual y personalizada.

La OMS define al envejecimiento activo como "el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen". El término "activo" hace referencia a una participación continua en los aspectos intelectuales, sociales, económicos, culturales, espirituales, cívicos y funcionales.

Más allá de ser una definición, las acciones ejecutadas para promover el envejecimiento activo tienen como objetivo ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen promoviendo la autonomía y la independencia. Por ello, recomienda formular e implementar políticas públicas que promuevan un envejecimiento saludable, desarrollar estrategias que permitan atender patologías crónicas, promover la investigación para la generación de políticas públicas.

En la atención en salud, se considerarán especificaciones y necesidades de cada grupo etario con enfoque de género, a fin de garantizar atención integral en todo el ciclo de la vida.

8) ATENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL.

El Ministerio de Salud Pública establece la estrategia “Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral en Salud” en busca de consolidar el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural con enfoque en la Atención Primaria en Salud a través de las siguientes actividades¹:

8.1.- IDENTIFICACIÓN.-

En esta etapa interviene el “Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral en Salud”, quien realizará la identificación y reconocimiento del total de adultos mayores del territorio asignado. La identificación puede realizarse en la comunidad o en el establecimiento de salud y se considera realizada cuando se obtiene su dirección de residencia del usuario. En el caso de adultos mayores que pertenecen a grupos vulnerables, se realiza la geo-referencia de su residencia y la misma es posicionada en el mapa parlante del establecimiento de salud y de cada Equipo Atención Integral en Salud (EAIS) conforme lo establece el Manual de la Estrategia del Barrio.

Cada semana se debe actualizar la información respecto a la identificación del número total de adultos mayores del territorio asignado.

8.2.- CAPTACIÓN.-

Este proceso se genera una vez que el “Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral en Salud” ha visitado al paciente y se ha aperturado el Formulario Ficha Familiar. En caso de no encontrarse complicaciones que le den la condición de vulnerable, el “Médico del Barrio” será responsable de la atención intra - extra mural y su seguimiento.

En caso de que el adulto mayor se considere vulnerable, este será referido al Médico Especialista del Primer Nivel (Médico Familiar Comunitario o Médico General Integral), quien debe aperturar el Formulario Historia Familiar y elabora un Plan de Atención Integral de acuerdo a las necesidades y especificidades del adulto mayor.

De identificarse riesgo social, el encargado de la administración del establecimiento de salud, comunicará oficialmente a su Dirección Distrital, a fin de que la misma socialice a la Dirección Distrital respectiva del Ministerio de Inclusión Económica y Social.

¹ Para más detalle, remitirse al Manual de la Estrategia “Médico del Barrio y su equipo de atención integral en salud”

8.3.- ATENCIÓN.-

Remítase al documento: Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores del Ministerio de Salud Pública; Normas PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones); Normas y procedimientos de atención en Salud Bucal.

- Se deberá llenar completamente el registro de información de atención ambulatoria y hospitalización del adulto mayor “sns-msp/hcu-form.057/2010”

Independientemente del motivo de atención.

El llenado de la historia clínica puede tomar de 1 a 3 citas de salud.

- Registro para vigilancia epidemiológica:

En caso de detectar síndromes: Bubónico, Diarréico Agudo con Deshidratación Grave, Febri Eruptivo no Vesicular, Febril Ictérico Agudo, Febril Ictérico Hemorrágico Agudo, Meníngeo Encefálico, Parálisis Flácida Aguda y Pulmonar por Hanta Virus y Enfermedades transmisibles, notificar a través de “Formulario de Notificación y Cierre de Caso EPI 1”.

En caso de detectar enfermedades de Transmisión sexual, Crónicas, Crónicas cáncer Tropicales, Zoonóticas, Tuberculosis, Fiebre reumática y de Comportamiento humano, notificar a través de “Formulario de Notificación y Cierre de Caso EPI 2”.

De presentarse casos que deban registrarse en formularios EPI 1 y EPI 2, remitirse al Manual de Procedimientos del Subsistema Alerta Acción SIVE-Alerta del Ministerio de Salud Pública.

En el caso de la población adulta mayor que se encuentra en las unidades de atención que operan bajo la rectoría del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) se procederá a la atención según lo determinado en la normativa vigente, Acuerdo Interministerial 001 MIES-MSP Instructivo “Atención en salud a niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y adultos mayores que son usuarios de los servicios del Ministerio de Inclusión Económica y Social de atención institucionalizada y no institucionalizada”.

8.3.1.- Valoración Física Integral:

Remítase a la Guía Clínica para la Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores de la Organización Panamericana de la Salud y a los instrumentos establecidos en el Manual del Formulario 057.

De detectarse quejas cognitivas (Olvidos) se aplicará el test Mini-mental state examination (MMSE). En casos de identificar riesgo psíquico, el médico general referirá al usuario, al profesional psicólogo o al especialista de primer nivel.

8.3.2.- Morbilidades frecuentes en el adulto mayor que pueden ser atendidas en el primer nivel de atención pero que por lo general suelen ser referidas al segundo o tercer nivel:

Las morbilidades descritas a continuación son aquellas que, con más frecuencia se refieren al segundo o tercer nivel de atención, pudiendo ser tratadas en un primer nivel con las siguientes consideraciones:

1. Siempre y cuando no existan complicaciones asociadas.
2. Los exámenes diagnósticos que sean requeridos y no puedan realizarse en el primer nivel, pueden ser solventados en el segundo nivel previo a su atención y seguimiento en el primer nivel (se refieren muestras, no usuarios).
3. La complicación de la morbilidad en el curso del tratamiento podrá ser referida a un segundo nivel de atención.

Cuadro N. 8.- Morbilidades frecuentes en el adulto mayor que pueden ser atendidas en el primer nivel de atención pero que por lo general suelen ser referidas al segundo nivel.

Diagnóstico	Atención por parte del EAIS	Atención por parte del MFC/MGI
Dislipidemia	Detecta y trata inicialmente	Recibe referencia cuando no se controla adecuadamente.
Diabetes Mellitus no complicada	Detecta y da tratamiento no farmacológico. Refiere a MFC	Tratamiento medicamentoso, refiere a HG cuando no se controla adecuadamente.
Enfermedad Acido Péptica	Detecta y trata inicialmente	Recibe referencia cuando no se controla adecuadamente.
HTA no complicada	Detecta y trata inicialmente	Recibe referencia cuando no se controla adecuadamente.
Hiperplasia Prostática Benigna	Detecta y trata inicialmente	Recibe referencia cuando no se controla adecuadamente. Es referido a Urología en caso de requerir tratamiento quirúrgico.
Hiperuricemia	Detecta y trata inicialmente	Recibe referencia cuando no se controla adecuadamente.
Hipoacusia	Diagnostica causa simple (tapón)	Si requiere audiometría refiere a HG para valoración por ORL
Hipotiroidismo	Detecta y trata inicialmente	Recibe referencia cuando no se controla adecuadamente. Se refiere a Endocrinología para ajuste de medicamentos.
Obesidad	Detecta y refiere a MFC	Da consejería y tratamiento básico. Refiere a nutrición en HG si hay obesidad mórbida.
Osteoporosis	Detecta riesgo y refiere a MFC	Recibe referencia solicita densitometría y determina riesgo.
Poliartrosis sin criterio Quirúrgico	Detecta y trata inicialmente	Recibe referencia cuando no se controla adecuadamente.
Poliglobulia	Detecta y trata inicialmente	Recibe referencia cuando no se controla adecuadamente.

Fragilidad	Identifica riesgo y refiere a MFC	Evalúa y Refiere a HG si hace falta
Incontinencia Urinaria	Identifica riesgo y refiere a Geriatria	Refiere directo a Geriatria

Fuente y elaboración: Ministerio de Salud, Hospital del Adulto Mayor, Equipo de crónicos. 2017.

Nota: Evaluar la presencia de caídas (evaluación clínica de la marcha y el balance) y de ser necesario referir al servicio de Geriatria (más de 2 caídas en los últimos seis meses).

8.4.- Actividades de Promoción:

Las actividades de promoción son transversales a todos los niveles y su desarrollo demanda el involucramiento de todo el talento humano del establecimiento de salud quien desarrollará:

- Captación de los adultos mayores de su área de influencia para la conformación de clubes y procesos de educación en salud.
- Valoración psicológica para determinar los adultos mayores que pueden beneficiarse de un grupo de ayuda mutua entre pares o a su vez de recibir apoyo emocional de forma individual.
- Creación de espacios de reflexión y recreación en la construcción de conocimiento en base a intercambio de saberes y cosmovisión mediante la vinculación intergeneracional.
- Elaboración de un plan de trabajo conjunto entre el personal y los adultos mayores inscritos y organizados.

Además se encargará de:

- Estimular la participación comunitaria en pro del adulto mayor y sus derechos.
- Ocupación del tiempo libre con actividades autosustentables y recreativas.
- Seguimiento y evaluación del plan de intervención.
- Coordinación con el MIES, ONGs en caso de encontrar adultos mayores en condiciones de abandono o marginalidad.
- El médico general en coordinación con el MIES, realizará la valoración del adulto mayor Centros de Atención Diurna y Residencial una vez al mes y remitirá según la necesidad al Médico Especialista de Primer Nivel.
- Cuando un adulto mayor de un Centro de Atención Diurna o Residencial sea referido a cualquier nivel de atención debe garantizarse el acompañamiento de un cuidador que esté a cargo del paciente, conforme lo establecido en el Acuerdo Interministerial 001 MIES-MSP.
- Actividades de vinculación entre el adulto mayor y su familia.
- Proceso de psicoeducación a los familiares de los adultos mayores

Temas recomendados para grupos de adultos mayores, sus familias y la comunidad:

- Envejecimiento activo
- Nutrición
- Estilos de vida saludables
- Redes de apoyo formal e informal.
- Autocuidado

- Motivación y empoderamiento
- Derechos
- Higiene
- Prevención de caídas
- Prevención de úlceras
- Movilidad y transporte
- Cuidadores cansados
- Cuidado de la Salud Mental
- U otros de acuerdo a la necesidad identificada.

Las actividades de promoción se realizarán en conjunto con las Carteras de Estado pertinentes y serán coordinadas desde cada Dirección Distrital de Salud, de acuerdo a la planificación de sus actividades.

8.5.- Actividades de prevención:

Para más información acerca de las alertas de salud en adultos mayores, remítase al documento: Guía Clínica para la Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores de la Organización Panamericana de la Salud.

8.6.- Referencia:

Para casos que no sean considerados vulnerables, el sistema de referencia se realiza conforme la Norma Técnica del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud del 2014.

Para casos considerados vulnerables, el MFC o MGI responsable deberá coordinar con la dirección distrital para dar cumplimiento al Plan de Atención Integral generado; esto implica realizar las referencias a los niveles de atención respectivos, garantizando el turno requerido y comunicando al usuario o su cuidador responsable las fechas de cada una de las atenciones.

El MFC o MGI tabulará las atenciones requeridas y llevará el control de seguimiento de estas. La dirección distrital realizará una agenda que se actualizará diariamente con las atenciones asignadas a los pacientes prioritarios y vulnerables, y se encargará de su gestión y monitoreo hasta el cumplimiento.

8.7.- Contrareferencia:

Para casos que no sean considerados vulnerables, el sistema de contra referencia se realiza conforme la Norma Técnica del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud del 2014.

En casos de adultos mayores vulnerables, es responsabilidad del Especialista del Primer Nivel, en conjunto con la dirección distrital el garantizar la contrareferencia del paciente ya sea desde el especialista de segundo o tercer nivel al Especialista de Primer Nivel o al equipo EAIS; cómo del

Médico Especialista al equipo EAIS, garantizando la continuidad y complementariedad de su atención.

8.8.- Seguimiento:

De tratarse de un adulto mayor vulnerable, el seguimiento será prolongado por el Especialista de primer nivel, mientras no se den circunstancias que ameriten valoración de segundo o tercer nivel.

Para adultos mayores que no sean considerados vulnerables, el seguimiento será realizado por el "Médico del Barrio y su equipo de atención integral en salud" y se prolongará mientras no se den circunstancias que ameriten valoración de segundo y tercer nivel.

9) ATENCIÓN EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL.

La atención al adulto mayor en lo que se refiere a patologías geriátricas específicas debe estar enmarcada de acuerdo a la morbilidad y comorbilidades establecidas, por lo que debe considerarse las patologías descritas en el Cuadro N° 9, como las susceptibles de referencia al segundo y tercer nivel, prevaleciendo el mejor criterio médico del especialista de primer nivel, basado en su experiencia y conocimiento.

La referencia debe ser realizada al Hospital General que disponga de Médico Geriatra y que se encuentre más cercano al punto de atención inicial que pertenezca al Ministerio de Salud Pública o de la Red Pública Integral de Salud.

Cuadro N.9.- Principales diagnósticos que se piensa deben ser atendidos en II o III nivel en hospitales generales.

Diagnóstico	Geriatra de II nivel Hospital General (HG)	III nivel (H Especializados)
Cardiopatía Hipertensiva	Geriatra en HG + Cardio	
DCL no filiado (Olvidos)	Geriatra en HG diagnostica, refiere a III nivel si es pertinente	Necesita atención del servicio Clínica Geriátrica del Día
Demencia con Trastornos conductuales no controlados		Recibe referencia desde I nivel o por Geriatra en HG.
Desnutrición Severa	Geriatra en HG	
Diabetes descompensada con A1c >8% con afectación de órgano diana reversible	Geriatra en HG + endocrinólogo	Maneja en conjunto con Especialidades de acuerdo al tipo de complicaciones
Disfagia	Geriatra en HG	Recibe referidos de II nivel
Enfermedad renal	Recibe desde I nivel	
Fragilidad	Refiere a III nivel mientras se fortalece la atención en II nivel	Puede recibir desde I nivel mientras se fortalece atención en II nivel
Pacientes con alta de Hospitalización	Seguimiento por geriatra de HG en 3 atenciones subsecuentes si	Seguimiento por geriatra de HG en 3 atenciones subsecuentes si

	no presenta complicaciones se contra refiere a I nivel. Si hubiera alguna complicación la refiere a III nivel	no presenta complicaciones se contra refiere a II o a I nivel
Enfermedad de Parkinson	Geriatra en HG + Neurólogo	Recibe pacientes con complicaciones o susceptibles de intervención más especializada
Coxa – Gonartrosis en espera de Intervención quirúrgica	Geriatra en HG + Traumatología + Rehabilitación	Postquirúrgico inmediato sin complicaciones debe ir a III nivel
Polifarmacia (5 o más medicamentos)	Geriatra en HG optimiza y maneja inicialmente	Recibe si es necesario manejar más de 8 medicamentos
Secuela Neurológica de causa no determinada	Geriatra HG no encuentra diagnóstico en tiempo prudente debe referir a III nivel	Recibe referencia de II nivel + Neurología + Apoyo especializado
Secuela Neurológica/ ACV Previo		Geriatra + Neurólogo
Síndrome post caída		Recibe del MFC
Caídas a repetición (2 o más en los últimos 6 meses)		Recibe referidos de I y II nivel
Ulceras por Presión (UPP)	Geriatra en HG UPP grado II a III	Recibe si las UPP son grado III o IV
Vértigo Mareo Crónico	Geriatra en HG + Neuro + ORL	
Síndromes Geriátricos	Refiere a siguiente nivel	Recibe de I o II nivel

Fuente y elaboración: Ministerio de Salud, Hospital del Adulto Mayor.

NOTA: la presencia de dos o más comorbilidades señaladas en este cuadro implican la necesidad de referencia a tercer nivel. El cuadro no pretende ser exhaustivo y debe primar el mejor criterio del profesional que refiere; en este no se encuentran descritas algunas patologías agudas que pueden ser compensadas por los servicios de emergencia de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud

El Ministerio de Salud Pública continuará fortaleciendo las prestaciones dirigidas a los pacientes adultos mayores, en este sentido es menester señalar que esta cartera de estado cuenta actualmente con 11 Hospitales Generales que tienen el servicio de Geriatría interconsultante, se cuenta además con dos hospitales especializados en atención geriátrica que se los considera tercer nivel de atención.

Cuadro No. 10. Hospitales Generales que cuentan con Especialistas en Geriatría

Nombre Hospital	Zona	Geriatras
Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón	8	1
Hospital General San Vicente de Paúl	1	1
Hospital General José María Velasco Ibarra de Tena	2	1
Hospital General de Latacunga	3	1
Hospital General Docente de Ambato	3	1
Hospital General Rodríguez Zambrano de Manta	4	1

Hospital General Verdi Cevallos Balda de Portoviejo	4	1
Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor	5	1
Hospital General Docente Vicente Corral Moscoso	6	1
Hospital General Docente de Calderón	9	1
Hospital Básico de Jipijapa	4	1
Total		11

Fuente: Matriz de Talento Humano del Ministerio de Salud Pública.
Elaboración: Dirección Nacional de Hospitales.

1. El Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Quito, posee la siguiente cartera de servicios: Geriátría, Medicina Interna, Medicina Familiar, Neurología, Psiquiatría, Psicología, Dermatología, Rehabilitación y terapia Ocupacional, Terapia del Lenguaje, Podología, Odontología General, Rehabilitación oral, Periodoncia, Nutrición y Clínica Geriátrica del Día.
2. El Hospital Geriátrico Dr. Bolívar Arguello de la ciudad de Riobamba, cuenta con la siguiente cartera de servicios: Geriátría, Medicina General, Rehabilitación y Terapia Física, Terapia Ocupacional, Nutrición, Odontología, Psicología y Clínica Geriátrica del Día.

Todo adulto mayor valorado que presente un cuadro clínico susceptible de intervención por el médico especialista en Geriátría, debe ser referido al Establecimiento de II nivel más cercano que cuente con geriatra.

24

Para garantizar una atención oportuna se deberá tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Cada servicio de las diferentes especialidades, deberá asignar el número de camas que sea pertinente de acuerdo a su perfil epidemiológico; para ser utilizadas por pacientes adultos mayores, de modo que disminuyan las posibilidades de transmisión de enfermedades nosocomiales y así también prevenir que haya perturbación del paciente.
- No debería existir un área específica de geriatría en los hospitales generales debería considerarse el enfoque de atención integral; tampoco debe existir una “emergencia geriátrica” ya que todos los adultos deben ser atendidos dentro del enfoque de integralidad de la salud; considerando sin embargo sus características particulares.
- El costo beneficio de implementar servicios de Geriátría en los hospitales generales, y los hospitales básicos que lo ameriten; es mejor que construir nuevos hospitales especializados en cada zona del país, con los costos de infraestructura, equipamiento y talento humano que eso conlleva. Sin embargo, debería considerarse la repotenciación de la capacidad resolutive existente en los Hospitales Especializados de Adulto Mayor de III nivel, por ejemplo implementando en ellos el servicio de Cuidados intermedios.

10) ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA.

El servicio de atención pre-hospitalaria conforme al Modelo de Gestión, Organización y Funcionamiento del Servicio de Atención de Salud Móvil, es el servicio integrado transversal a todos los niveles de atención, que se realiza a través de vehículos sanitarios especiales con el componente de talento humano específico y equipamiento correspondiente.

10.1.- Transporte primario (atención pre-hospitalaria).

El proceso se inicia cuando una llamada de emergencia, desde la ciudadanía, se recepta en el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, donde el evaluador general de llamadas clasifica las emergencias según su tipo; de ser catalogada como una emergencia, se transfiere a la consola perteneciente al Ministerio de Salud Pública, en donde se efectúa una valoración de la emergencia y si se trata de un paciente adulto mayor, debe identificarse si tiene cuidador, a fin de seguir los lineamientos establecidos en el “proceso de identificación de pacientes en condiciones vulnerables en el área de atención pre hospitalaria”.

El flujo establecido requiere de la participación activa y permanente de otros actores, como el MIES, que debe realizar el acompañamiento del caso, por ejemplo en emergencias con adultos mayores en situación de calle y/o abandono; amerite o no ingreso hospitalario.

10.2.- Transporte secundario.

El transporte secundario se realizará de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud; y dependerá del nivel de respuesta del establecimiento de salud en función de su capacidad resolutive y cartera de servicios.

El transporte secundario puede darse en dos escenarios:

1. Situaciones programadas (altas, referencia, transferencia, entre otras)
2. Casos de emergencias para traslado de pacientes críticos.

Flujo de transporte secundario: Se realizará conforme al proceso de identificación y notificación de pacientes adultos mayores, tiene que establecerse como medida general que el paciente siempre debe ir acompañado de su cuidador.

10.3.- Estrategias de intervención.

10.3.1.- Capacitación talento humano.

El talento humano de todos los servicios de atención de salud móvil y de las consolas de salud, reciben capacitaciones respecto a atención de emergencias en Adultos Mayores, en base a las Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor y de las Guías Clínicas Geronto – Geriátricas de Atención Primaria en Salud para el Adulto Mayor y de acuerdo a las políticas integrales de salud, que iniciaron en enero de 2018 con apoyo del proyecto BID, de acuerdo al cronograma de capacitación anual.

10.3.2.- Monitoreo y seguimiento.

Realizar reporte mensual de las atenciones de adultos mayores en el servicio de atención en salud móvil por parte de los responsables de cada tipo de unidad a la Coordinación Zonal de su jurisdicción para el seguimiento y respectiva atención en el marco de la estrategia de Médico del Barrio.

11) ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.

El adulto mayor, además de tener desarrolladas personalmente sus capacidades para mantener su condición de salud mental a lo largo de la vida, también se ve influenciado por la presencia constante de personas que apoyan en su cuidado, conocidas como cuidadores cuyo objetivo laboral es reforzar esta condición de bienestar subjetivo en el ser humano que se encuentra a su cargo.

Esta variable relacional humana debe ser considerada profundamente para el mantenimiento de la salud mental en el adulto mayor, ya que la convivencia, relación o incluso dependencia a la presencia del cuidador puede alterar positiva o negativamente en la salud mental del mismo.

El apoyar y dar seguimiento a que este lazo entre el adulto mayor y su cuidador constituya un factor protector, es una labor necesaria a realizar por los profesionales capacitados que brinden asistencia y estrategias para mejorar el cuidado y acompañamiento del adulto mayor.

En la cual se debe fomentar el buen trato y el trato igualitario y con respeto al adulto mayor, el cual no debe ser tratado como niño o como alguien que no comprende las ideas que se expresan.

Es fundamental para el buen acompañamiento del adulto mayor identificar los cuidadores que lo acompañan y luego evaluar en ellos los signos y síntomas que componen el cuadro de “cuidador cansado” a fin de intervenir oportunamente y procurar solventar los causales de este síndrome. Mediante el uso de las escalas de Zarit y Zarit abreviada, de acuerdo a los niveles de atención, en el primer nivel de atención se pueden emplear herramientas brindadas con anterioridad que nos permiten detectar problemáticas en salud mental como el mhGAP.

Debe garantizarse al/los cuidador/es que se identifique la posibilidad de disponer de actividades de autocuidado; considerando las necesidades del usuario, que serán coordinadas entre las instituciones que sean pertinentes (MIES – MSP) estableciendo estrategias para cuidadores cansados que serán ejecutadas en los diferentes niveles de atención de acuerdo a las competencias de cada uno. (Complementar cuidado al cuidador y contención emocional).

11.1.- Rol del Psicólogo en la atención del Adulto Mayor.

- Realiza la evaluación, diagnóstico, atención y contención psicológica al adulto mayor, acompañante o cuidador. Utilizando las escalas validadas en las Guías clínicas geronto – geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor, 2008.
- Evalúa las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia.
- Evalúa la pertinencia de acciones ejecutadas por el cuidador del adulto mayor.

- Da asesoría al cuidador del adulto mayor para sobrellevar situaciones de tensión u otros elementos emocionales que puedan afectar sus labores de cuidado.
- Coordina con la familia la conducta a seguir en los casos necesarios, conjuntamente con la Trabajadora Social.
- Organiza programas de terapia individual y grupal (relajación, terapia familiar, etc).
- Participa en las reuniones del equipo.
- Sugiere normas y procedimientos para el mejoramiento del trabajo.
- Facilita el relacionamiento social de pares en ambientes comunitarios, y la vinculación intergeneracional
- Emplear herramientas necesarias para identificar problemáticas mayores de salud mental.
- Es importante realizar un acompañamiento permanente psicológico y emocional, que permita identificar si hay capacidades mínimas del cuidador, para cumplir las actividades necesarias y también se le proporcionaran las herramientas a fin de superar las dificultades que implica el cuidado de un adulto mayor dependiente; mismo que deberá ser apoyado por un psicólogo.

12) ATENCIÓN A PERSONAS ADULTAS MAYORES CON DISCAPACIDAD.

12.1.- Identificación:

Los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS) se encargarán de identificar los adultos mayores que presentan discapacidad o condición discapacitante, los mismos se encargaran de brindar la información sobre el proceso de acreditación y calificación acorde a los lineamientos emitidos.

12.2.- Captación:

- Si la persona adulta mayor con discapacidad puede movilizarse se indicará el proceso que debe realizar para poder acreditarse y calificarse en los centros de salud que cuenta con punto calificador a los familiares o cuidadores.
- Si la persona adulta mayor con discapacidad no puede movilizarse, se procederá a solicitar la visita médica del grupo calificador de discapacidades del centro de salud más cercano a su vivienda, para proceder con la evaluación y calificación, proceso que se le explicará a los familiares o cuidadores.
- Si la persona adulta mayor con condición discapacitante requiere de ayudas técnicas, se procederá a indicar el procedimiento que debe realizar para que los equipos de médicos calificadores puedan prescribirle la ayuda técnica que requiera acorde a criterio médico.

12.3.- Proceso para la Atención:

- Adulto Mayor detectado con discapacidad que puede movilizarse: El familiar o cuidador o el propio adulto mayor llamará al 171 y pedirá un turno; el agente de contact center preguntará si desea atención de consulta o si busca carnet de discapacidad para el adulto mayor; de ser así, se dará el turno con la prioridad correspondiente al ser grupo vulnerable; al centro de salud que disponga de médico calificador más cercano al domicilio del usuario; en caso de evidente

discapacidad, se emitirá directamente el certificado basado en los “lineamientos para la calificación, recalificación y acreditación de personas con discapacidad”

- Adulto Mayor detectado con discapacidad o que presenta enfermedad terminal que no puede movilizarse: El familiar o cuidador llamará al 171 y pedirá calificación de discapacidad, indicando que no se puede movilizar y que requiere se le visite en el domicilio, aquí se le explicará el proceso y documentación necesaria para la evaluación acreditación y calificación de discapacidad. Se le asignará un médico calificador que realice la calificación de discapacidad, en el domicilio coordinando con el centro más cercano al domicilio del adulto mayor. En caso de evidente discapacidad, se emitirá directamente el certificado basado en los “lineamientos para la calificación, recalificación y acreditación de personas con discapacidad”

- Adulto Mayor detectado con condición discapacitante: El familiar o cuidador llamará al 171 y pedirá un turno para el médico calificador para que realicen la prescripción de ayudas técnicas que requiera acorde al criterio médico, basado en los “lineamientos para la calificación, recalificación y acreditación de personas con discapacidad”

12.4.- Tipo de Atención:

- Atención Domiciliaria: Los pacientes que deben recibir esta clase de atención son detectados por El Médico del Barrio y su equipo de atención integral en salud; quienes serán los encargados de identificar las personas con discapacidad severa y que no puedan movilizarse, lo que hace necesario la calificación en el domicilio.

En el caso de detectarse pacientes en otros niveles de atención, estos deben direccionar al paciente a calificarse o a su vez orientar para que un equipo calificador visite al usuario.

En estas circunstancias, El Médico del Barrio y su equipo de atención integral en salud informará al distrito correspondiente que tendrá que realizar el Plan de Atención Domiciliaria, mediante el cual se evidencian los procesos, equipos, medicamentos y dispositivos médicos necesarios para el tratamiento y cuidado del paciente.

El mencionado plan es remitido hacia la Coordinación Zonal que a su vez lo validará y enviará a la Dirección Nacional de Discapacidades para su análisis y aprobación que posteriormente, remitirá al Proyecto de Atención Integral e Integradora a Personas con Discapacidad, Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud; para la asignación presupuestaria a fin de solventar la necesidad expuesta.

- Cuidados Paliativos: Se realiza a pacientes en estado terminal, por lo que no necesitan de una calificación previa, y únicamente desde la unidad se verifican las necesidades de la persona, para remitir el Plan de Atención Domiciliaria, según lo señalado en el punto anterior; mediante el cual se evidencian los procesos, equipos, medicamentos y dispositivos médicos necesarios para el tratamiento y cuidado del paciente.

Una vez aprobado el Plan de Atención la Dirección Nacional de Discapacidad solicitará al Proyecto para verificar las necesidades y financiar las mismas.

- Prescripción y Entrega de Ayudas Técnicas: Para la prescripción de ayudas técnicas es indispensable contar con la evaluación de un médico calificador quien posee el conocimiento para prescribir la ayuda técnica adecuada para cada patología.

Las ayudas técnicas que posee el Ministerio de Salud para la dotación a personas adultos mayores con discapacidad se detallan a continuación:

- Silla de ruedas estándar de 16"
- Sillas de rueda estándar de 18"
- Silla de ruedas estándar de 20"
- Silla postural adulto
- Silla de baño y evacuar
- Bastón de un punto
- Bastón de tres puntos
- Bastón de cuatro puntos
- Bastón de rastreo
- Andador adulto
- Muleta axilar
- Muleta canadiense
- Cojín anti-escaras
- Colchón anti-escaras
- Pañales adulto talla mediana
- Pañales adulto talla grande

Una vez entregada las ayudas técnicas, el médico calificador dará entrenamiento sobre el uso de las mismas y se realizará la referencia al médico familiar quien deberá remitir al paciente al Servicio de Rehabilitación en los casos que sean pertinentes y hacer seguimiento al usuario.

12.5.- Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).

La Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), es una estrategia desarrollada con la comunidad para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad.

Es un componente de la política social y promueve el derecho de las personas con discapacidad a vivir dentro de sus comunidades, disfrutar su bienestar, plena participación en las actividades educacionales, sociales, culturales, religiosas y económicas.

Sus características son:

- Centrado en el usuario y la comunidad.
- Prevención e intervención temprana.
- Colaborar con facilidades institucionales.
- Consistente y flexible.
- Coordinación con sistema de referencia
- Interdisciplinario y multisectorial.
- Proveer conocimientos adecuados a la comunidad.
- Selección de apropiada tecnología.
- Participación activa de la familia.

Los objetivos de la RBC en el adulto mayor se basan en asegurar que los adultos mayores con o sin discapacidad desarrollen las habilidades físicas y psicosociales, para de esta forma garantizar que tengan acceso regular a los servicios e integración social plena dentro de sus comunidades. Además se centra en buscar la colaboración de la comunidad, así como motivar e interesar a la familia, la comunidad y otros sectores involucrados, para incrementar el nivel de conocimiento sobre discapacidad, condición discapacitante y rehabilitación

Dentro de los síndromes geriátricos más relevantes se incluyen: Síndrome de caídas, inmovilidad, malnutrición, úlceras por presión, incontinencia, deterioro cognitivo y fragilidad que junto con el deterioro sensorial (problemas de visión, audición y lenguaje), el dolor crónico y la polifarmacia, muestran la relevancia e importancia de implementar de la RBC en este grupo etario.

Las acciones básicas a realizarse deben estar encaminadas a aumentar la independencia para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, promover el uso de dispositivos de asistencia personal, por ejemplo, dispositivos para caminar o desplazarse para facilitar las actividades y capacitar a la familia para el manejo del adulto mayor con o sin discapacidad en el domicilio.

El Ministerio de Salud Pública a través de la Estrategia de Abordaje Médico del Barrio realiza acciones para captar e identificar a adultos mayores en situaciones de vulnerabilidad con o sin discapacidad, que posteriormente son valorados por médicos especialistas de primer nivel de atención, quienes tras evaluarlos impulsan una atención multidisciplinaria que tiene como objetivo el evitar o reducir la dependencia de otra persona y lograr la integración a su familia y la comunidad.

12.6. Seguimiento del adulto mayor con discapacidad o condición discapacitante:

Es fundamental realizar el seguimiento de los adultos mayores con discapacidad y condición discapacitante, considerando su estado de salud y vulnerabilidad.

El Médico Familiar Comunitario, el MGI, o en ausencia del especialista de primer nivel; el Médico General capacitado, es el encargado de realizar el seguimiento del adulto mayor con discapacidad o condición discapacitante. Deberá elaborar la planificación de las visitas que requiera acorde a su condición, al menos 3 visitas al año; deberá realizar una evaluación completa del estado de salud, y de requerirlo realizará referencia al segundo nivel de atención.

El médico familiar o quien cumpla sus funciones es quien deberá coordinar con el terapeuta físico el seguimiento el paciente.

En este grupo etario si presenta discapacidad o condición discapacitante es indispensable realizar una planificación de visitas domiciliarias para poder brindar el servicio de rehabilitación y poder estabilizar la condición del usuario.

Cabe indicar que todo informe que realice el equipo de seguimiento del estado de salud del usuario, será remitido al médico familiar o quien cumpla sus funciones; quien planificará las visitas

domiciliarias necesarias para evaluar continuamente el estado del adulto mayor con discapacidad o condición discapacitante.

Es importante indicar que en caso de que el adulto mayor tenga una condición discapacitante resuelta, el rehabilitador físico y médico familiar o quien cumpla sus funciones; darán el alta y el usuario deberá realizar controles a los dos meses del alta para ver su evolución.

En el caso de los pacientes de atención domiciliaria y cuidados paliativos es indispensable que el médico calificador con su equipo, realice las visitas y controles semanales para evaluar su condición; en el caso de requerir un especialista de segundo nivel el distrito deberá realizar las acciones necesarias para contar con valoración de la evolución del mismo según sean pertinentes.

Es fundamental brindar la capacitación y apoyo al cuidador y otros familiares.

En la mayoría de casos el cuidador es un familiar, el Ministerio de Salud mantiene un grupo de médicos tratantes y profesionales quienes serán responsables de asesorar a la familia sobre el cuidado al usuario, además este grupo se encarga de realizar el seguimiento respectivo al usuario con dependencia severa, con la finalidad de evaluar la evolución del mismo; en muchos casos los pacientes requieren un soporte vital a través de equipos biomédicos para mantener su estado de salud estable, lo que vuelve indispensable adquirir el equipamiento pertinente de acuerdo a la patología que cada paciente presente.

Se deberá impartir la capacitación al cuidador por parte del profesional de salud, quien conoce sobre las necesidades del paciente y los parámetros exactos que el mismo debe mantener, y deberá realizar el acompañamiento en la capacitación al cuidador con la finalidad de brindar una atención óptima.

La capacitación técnica se la dictará al menos 3 veces: la primera tendrá una duración de 2 horas diarias por 3 días consecutivos como mínimo, la cual se dictará al momento de la entrega del equipo, la segunda capacitación será de 2 horas mínimo se la dictará a los 10 días de la primera capacitación y la tercera tendrá una duración de 2 horas mínimo y se la dictará a los 30 días.

La capacitación deberá contener los siguientes temas:

- Funcionamiento básico, encendido, apagado, control básicos del equipo;
- Parámetros esenciales a visualizar;
- Tipo de alarmas y su significado.
- Como reaccionar frente a cada alarma.
- Como desactivar las alarmas.
- Qué hacer y a quien referirse cuando se tenga una emergencia (paro respiratorio, paro cardiovascular, obstrucción vías respiratorias, etc.).
- Como manejar el dispositivo al momento de realizar el aseo al paciente.
- Como realizar la limpieza y desinfección de equipos.

- Transferencia de un dispositivo a otro cuando se requiera realizar el cambio de equipos para brindar servicio de mantenimiento;
 - Como manejar y cambiar los consumibles
- Para conocer el grado de comprensión sobre el manejo del equipamiento y la capacidad de respuesta frente a una emergencia médica, es importante evaluar al cuidador sobre la capacitación impartida, se deberá desarrollar un test de acuerdo a los temas impartidos dentro de la capacitación.

13) AGENDAMIENTO DE CITAS A TRAVÉS DEL SISTEMA CONTACT CENTER:

- Se asignarán las citas pertinentes al Establecimiento de Salud más cercano al domicilio, respetando la ubicación para el registro y sobre todo considerando actualización de direcciones.
- Se asignará una cita médica en el Establecimiento de Salud al que el usuario este adscrito; y únicamente para grupos prioritarios se le dará la opción de agendar una cita en otro establecimiento de salud que tenga disponibilidad dentro del mismo Distrito, (se aplicará cuando sea la primera asignación y quedarán adscritos en el nuevo establecimiento asignado sin opción de cambio), entre ellas, las Personas de la tercera edad.
- Para el agendamiento de citas, especialmente para los usuarios adultos mayores, se requerirá únicamente el nombre y número de cédula u otro documento (pasaporte etc) del solicitante, sin embargo el hecho de que no disponga de estos datos no impedirá que sea oportunamente atendido.
- En el caso de que un usuario requiera calificación o recalificación de discapacidades, el agente de Contact Center, agendará la cita para el médico calificador independientemente que disponga o no de certificados. El médico calificador se referirá a los lineamientos de calificación establecidos
- En el caso de que un usuario requiera visita domiciliaria, se podrá agendar a través de la línea 171.

14) ANEXOS:

14.1- Escala de Zarit y Zarit Abreviada

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3 Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 46), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

** Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 16) y "sobrecarga intensa" (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validacion-escalas-abreviadas-zarit-medicion-S0212656711004434>

	Funcionario	Cargo	Firma
Aprobado y revisado por:	Dr. Juan Chuchuca	Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Encargado	
Realizado por:	Ps. Carina Pavón	Especialista Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud	
	Ps. Elizabeth Balarezo	Analista Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud	
	Dr. Luis Eduardo Dueñas	Especialista Dirección Nacional de Hospitales	
	Lcda. Gabriela Andrade	Analista Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles	
	Dra. Susana Escudero	Analista Dirección Nacional de Discapacidades	
	Ing. Paola Gómez	Analista Dirección Nacional de Discapacidades	
	Ps. Andrés Villacrés	Analista Proyecto del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones	
	Ps. Ignacia Páez	Especialista Proyecto del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones	
Ing. Renato Romero	Analista Gerencia Contac Center		