



ESPE
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y
TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA**

CENTRO DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MAGISTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES**

**TEMA: PROYECTO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE
ATENCIÓN E INFRAESTRUCTURA, DE LOS PROGRAMAS DEL
ADULTO MAYOR, ADMINISTRADOS POR EL IESS, EN LA PROVINCIA
DE PICHINCHA.**

**AUTORES: ING. MIÑO VELOZ, LUIS GONZALO
 DRA. MORA CAMPOVERDE, JADIRA PRISCILA**

DIRECTOR: MGS ESCOBAR ESCOBAR, FREDDY RICARDO

SANGOLQUÍ

2019



ESPE
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y
TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA
CENTRO DE POSGRADOS**

CERTIFICACIÓN

Certifico que el trabajo de titulación, **“Proyecto para la mejora de la calidad de atención e infraestructura, de los programas del adulto mayor, administrados por el IESS, en la provincia de Pichincha”** fue realizado por los señores **Mora Campoverde Jadira Priscila; Miño Veloz Luis Gonzalo**; el mismo que ha sido revisado en su totalidad, analizado por la herramienta de verificación de similitud de contenido; por lo tanto cumple con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, razón por la cual me permito acreditar y autorizar para que lo sustente públicamente.

Sangolquí, 26 de noviembre del 2018.

Firma:

Una firma manuscrita en tinta azul que parece decir 'Freddy Ricardo Escobar Escobar'. Debajo de la firma hay una línea de puntos que se extiende a la derecha.

Nombre del director: Freddy Ricardo Escobar Escobar

C.C.: 1706865589



**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y
TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA
CENTRO DE POSGRADOS
AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Mora Campoverde Jadira Priscila**, con cédula de ciudadanía n°1717052136, declaro que el contenido, ideas y criterios del trabajo de titulación: **“Proyecto para la mejora de la calidad de atención e infraestructura, de los programas del adulto mayor, administrados por el IESS, en la provincia de Pichincha”** es de mi autoría y responsabilidad, cumpliendo con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, respetando los derechos intelectuales de terceros y referenciando las citas bibliográficas.

Consecuentemente el contenido de la investigación mencionada es veraz.

Sangolquí, 26 de noviembre del 2018

Firma

.....


Nombre del autor: Mora Campoverde Jadira Priscila

C.C.:1717052136



**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y
TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA
CENTRO DE POSGRADOS
AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD**

Yo, Miño Veloz Luis Gonzalo , con cédula de ciudadanía N° 1715606933, declaro que el contenido, ideas y criterios del trabajo de titulación: **“Proyecto para la mejora de la calidad de atención e infraestructura, de los programas del adulto mayor, administrados por el IESS, en la provincia de Pichincha”**es de mi autoría y responsabilidad, cumpliendo con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, respetando los derechos intelectuales de terceros y referenciando las citas bibliográficas.

Consecuentemente el contenido de la investigación mencionada es veraz.

Sangolquí, 26 de noviembre del 2018.

Firma

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Luis Gonzalo Miño Veloz', is written over a dotted line.

Nombre del autor: Miño Veloz Luis Gonzalo

C.C.:1715606933



**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y
TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA
CENTRO DE POSGRADOS**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Jadira Priscila Mora Campoverde**, autorizo a la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE publicar el trabajo de titulación: Título: **“Proyecto para la mejora de la calidad de atención e infraestructura, de los programas del adulto mayor, administrados por el IESS, en la provincia de Pichincha”** en el Repositorio Institucional, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi responsabilidad.

Sangolquí, 26 de noviembre del 2018.

Firma

.....
Nombre del autor: Mora Campoverde Jadira Priscila

C.C.1717052136



ESPE
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y
TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA
CENTRO DE POSGRADOS**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Miño Veloz Luis Gonzalo**, autorizo a la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE publicar el trabajo de titulación: Título: **“Proyecto para la mejora de la calidad de atención e infraestructura, de los programas del adulto mayor, administrados por el IESS, en la provincia de Pichincha”** en el Repositorio Institucional, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi responsabilidad.

Sangolquí, 26 de noviembre del 2018.

Firma

Nombre del autor: Miño Veloz Luis Gonzalo

C.C.:1715606933

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico con todo mi amor a mi hijo Jazell Santamaría y a toda mi familia; por ser el pilar fundamental de motivación que han aportado con su cariño y apoyo para el cumplimiento de mi objetivo, incentivándome cada día a seguir adelante y lograr que este sueño se haga realidad.

Dra. Jadira Mora C.

Dedicatoria

Este trabajo dedico a Dios; por ser mi guía constante para el cumplimiento de este objetivo.

Ing. Luis Miño V.

Agradecimientos

Mi más profundo agradecimiento a Dios por dotarme de conocimientos y a mis padres: Luis y Mercedes, por el deseo de superación y amor incondicional brindado durante todo el camino; a la Universidad de las Fuerzas Armadas Espe, por darme la oportunidad de participar en la maestría y en especial al Dr. Freddy Ricardo Escobar Escobar y al Dr. Marco García Cantos, quienes colaboraron con sus conocimientos e información concreta, clara y específica del tema a investigar, los que me permitieron alcanzar mi meta, estoy segura de que todo lo que yo me he planteado en mi vida dará frutos en un futuro, al que debo dedicarme cada día .

Dra. Jadira Mora C.

Mi agradecimiento a toda mi familia y en especial a ti Dra. Estefanía Z. por brindarme tu apoyo en todo momento, de la misma forma agradezco a la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE, por haberme aceptado y ser parte de ella culminando con esta maestría, agradezco también a los señores: Dr. Freddy Ricardo Escobar Escobar y Dr. Marco García Cantos, quienes nos brindaron todo su conocimiento científico académico y tuvieron toda la paciencia para guiarnos en este proyecto de investigación.

Ing. Luis Miño V.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN	i
AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD.....	ii
AURORIA DE RESPONSABILIDAD	iii
AUTORIZACIÓN.....	iv
AUTORIZACIÓN.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTOS.	vii
RESUMEN.....	xv
ABSTRAC	xvi
CAPÍTULO I.....	1
1. Tema del proyecto de titulación:.....	1
1.1 Antecedentes	1
1.1.1 Actividades Del Programa	3
1.1.1.1 Promoción de salud y derechos de los Adultos Mayores.....	3
1.1.1.2 Prevención de Deterioro Funcional o Mental	4
1.1.1.3 Actividades de Recuperación Funcional y Mental.....	4
1.2 Planteamiento del problema.....	6
1.3 Objetivo General del proyecto	7
1.4 Objetivos específicos del proyecto.....	7
1.5 Justificación, importancia y alcance del proyecto.....	7
1.6 Interrogantes.....	9
1.7 Hipótesis de la Investigación	10
1.8 Categorización de las variables de investigación.....	10
CAPÍTULO II	11
2.1 Marco Teórico Referencial	11
2.1.1 Marco Legal	11
2.1.1.1 Normas Internacionales.....	11
2.1.1.1.1 Declaración Universal de los derechos humanos.....	11
2.1.1.1.2 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.....	12
2.1.1.1.3 Los derechos de los Adultos Mayores en el ámbito internacional.....	12
2.1.1.2 Norma Nacionales	19
2.1.1.2.1 Constitución de la República del Ecuador	19

2.1.1.2.2 Leyes Organicas	22
2.1.1.2.3 Ley del Anciano (Codificación No. 2006-007).....	23
2.1.1.2.4 Acuerdos Ministeriales.....	33
2.1.1.2.5 Acuerdos del Ministerio de Inclusión Económica y Social “MIES”	34
2.1.1.2.6 Resoluciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ⁷ IESS.....	35
2.1.2 Marco Epistemológico	36
2.1.2.1 El Envejecimiento	36
2.1.2.1.1 Tipos de envejecimiento	37
2.1.2.1.2 Teorías del Envejecimiento.....	38
2.1.2.2 Adulto Mayor	38
2.1.2.2.1 Recreación del Adulto Mayor	40
2.1.2.2.2 Actividad Física en el Adulto Mayor	41
2.1.2.3 La Calidad	43
2.1.2.3.1 Calidad de la Atención	43
2.1.2.3.2 Calidad Asistencial.....	44
2.1.2.3.3 Herramientas para medir la Calidad.....	45
2.1.2.3.4 La Calidad de vida en el Adulto Mayor	46
2.1.2.3.5 Estándares de Calidad del MIES-Ecuador	50
2.1.2.3.5.1 Estándar de Procesos.....	50
2.1.2.3.5.2 Estándares de Estructura	53
2.1.2.3.5.3 Estándares de Resultados	57
2.1.2.3.5.4 Estándares de calidad para el adulto mayor de Chile.....	60
2.1.2.3.5.4.1 Indicadores de estructura.....	60
2.1.2.3.5.4.2 Indicadores de procesos	60
2.1.2.3.5.4.3 Indicadores de resultados	61
2.1.2.4 Programas del Adulto Mayor de otros países	63
2.1.2.5 Programas del Adulto Mayor en el Ecuador	65
2.1.2.5.1 Programa del Adulto Mayor - ISSFA	65
2.1.2.5.2 Programa del AM-Municipio de Quito.....	66
2.1.2.6 El Test Servqual aplicado al Programa Adulto Mayor	66
2.1.2.7 Modelo Gavilán.....	68
2.1.2.7.1 Actividades para la competencia para manejar información (CMI)	69
2.2 Marco Teórico Conceptual.....	70

2.3 Categoría de Investigación.....	73
2.4 Trabajos relacionados (Estado del Arte).....	73
2.5 Trabajos relacionados a nivel Internacional.....	75
CAPÍTULO III.....	84
3.1 Metodología de Investigación.....	84
3.1.1 Enfoque de investigación:.....	84
3.1.1.1 Población:.....	84
3.1.1.1 Muestra CAAM Naciones Unidas.....	88
3.1.1.2 Muestra CAAM Chimbacalle.....	92
3.1.1.1 Muestra CAAM Benalcázar.....	95
3.1.2 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	96
3.1.3 Método de investigación.....	97
3.1.4 Metodología de investigación.....	98
3.1.5.1 Servicios de los CAAM.....	99
3.1.5.2 Presupuesto del Programa del adulto Mayor IESS.....	103
3.1.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	104
3.1.7 Los instrumentos que se utilizaron en la investigación fueron:.....	105
3.1.8 Técnicas de procesamiento de datos.....	105
3.1.9 Técnicas de análisis de datos.....	106
CAPÍTULO IV.....	107
4.1 Resultados.....	107
4.2 Discusión.....	166
4.3 Análisis.....	167
4.4 Conclusiones.....	167
4.5 Recomendaciones.....	170
CAPÍTULO V.....	172
5.1 Propuesta.....	172
5.2 Justificación:.....	172
5.3 Fundamentación:.....	173
5.3.1 Estructura:.....	174
5.3.2 Ubicación:.....	174
5.3.3 Acceso:.....	174
5.3.4 Características del Diseño:.....	174

5.3.5 Seguridad.....	176
5.3.6 Talento Humano.....	176
5.3.7 Normativa.....	176
5.3.8 Procesos y Resultados.....	176
5.3.9 Objetivos de la Propuesta:.....	176
a. Objetivos General:.....	176
b. Objetivos Específicos:.....	177
5.5 Importancia:.....	177
5.6 Factibilidad / Viabilidad:.....	178
5.7 Plan de Ejecución:.....	178
5.8 Servicios.....	179
5.7.2 Actividades Propuestas:.....	180
5.7.2.2.1 Normas de Seguridad a la Población Adulta Mayor MIES.....	183
5.7.2.3 Capacitación en los Centros de Atención al Adulto mayor.....	185
Bibliografía.....	202

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- <i>Actividades (Talleres) Que Ofertan Los Centros Del Adulto Mayor (CAAM)</i>	5
Tabla 2.- <i>Variables De La Investigación Adulto Mayor</i>	10
Tabla 3.- <i>Dimensiones De La Calidad Según Diversos Autores</i>	44
Tabla 4.- <i>Indicadores Estructura Procesos y Resultados Para El Adulto Mayor En Chile</i>	61
Tabla 5.- <i>CAAM (Centro Ambulatorio Del Adulto Mayor)</i>	85
Tabla 6.- <i>CAAM (Centro Ambulatorio Del Adulto Mayor)</i>	86
Tabla 7.- <i>CAAM (Centro Ambulatorio Del Adulto Mayor)</i>	87
Tabla 8.- <i>CAAM (Centro Ambulatorio Del Adulto Mayor) Naciones Unidas</i>	87
Tabla 9.- <i>Clubes De Recreación Y Deporte Caam Naciones Unidas</i>	88
Tabla 10.- <i>CAAM (Centro Ambulatorio Del Adulto Mayor)</i>	89
Tabla 11.- <i>CAAM (Centro Ambulatorio Del Adulto Mayor)</i>	90
Tabla 12.- <i>CAAM Chimbacalle Actividades Artesanales</i>	90
Tabla 13.- <i>CAAM Chimbacalle Actividades</i>	91
Tabla 14.- <i>CAAM Chimbacalle</i>	91
Tabla 15.- <i>CAAM (Centro Ambulatorio Del Adulto Mayor)</i>	93
Tabla 16.- <i>CAAM (Centro Ambulatorio Del Adulto Mayor)</i>	94
Tabla 17.- <i>CAAM (Centro Ambulatorio Del Adulto Mayor)</i>	94
Tabla 18.- <i>CAAM (Centro Ambulatorio Del Adulto Mayor)</i>	94
Tabla 19.- <i>CAAM (Centro Ambulatorio Del Adulto Mayor)</i>	95
Tabla 20.- <i>Operacionalización De Las Variables</i>	98
Tabla 21.- <i>Cartera de Servicios de los Centros De Atención Adulto Mayor CAAM</i>	99
Tabla 22.- <i>Servicios Brindados En Los Centros De Atención Al Adulto Mayor CAAM</i>	100
Tabla 23.- <i>Matrices Comparativas de Los Estándares de Calidades Nacionales e Internacionales</i>	101
Tabla 24.- <i>Recursos Humanos Del Programa Del Adulto Mayor IEES</i>	102
Tabla 25.- <i>Inventario Recursos Materiales Centro Del Adulto Mayor IESS</i>	102
Tabla 26.- <i>Inventario Equipos Centro Del Adulto Mayor IESS</i>	103
Tabla 27.- <i>Partida Presupuestaria Pichincha Programa Del Adulto Mayor</i>	104
Tabla 28.- <i>Salas De Centro De Atención Al Adulto Mayor Chimbacalle</i>	108
Tabla 29.- <i>Centros De Atención Del Adulto Mayor Benalcazar</i>	113
Tabla 30.- <i>Salas de los Centros de Atención del Adulto Mayor Naciones Unidas</i>	118
Tabla 31.- <i>Requisitos para los CAAM Administrados por el IESS a nivel nacional</i>	123
Tabla 32.- <i>Estándares De Estructura CAAM Naciones Unidas</i>	124
Tabla 33.- <i>Estándar Talento Humano CAAM Naciones Unidas</i>	125
Tabla 34.- <i>Estándares De Equipamiento CAAM Naciones Unidas</i>	125
Tabla 35.- <i>Estándares De Seguridad CAAM Naciones Unidas</i>	126
Tabla 36.- <i>Estándares De Procesos CAAM Naciones Unidas</i>	127
Tabla 37.- <i>Estándares De Administración y Gestión CAAM Naciones Unidas</i>	128
Tabla 38.- <i>Estándares De Salud CAAM Naciones Unidas</i>	128
Tabla 39.- <i>Tabulador De Puntaje Final CAAM</i>	129
Tabla 40.- <i>Estándares De Estructura CAAM Chimbacalle</i>	130
Tabla 41.- <i>Estándar Talento Humano CAAM Chimbacalle</i>	131
Tabla 42.- <i>Estándares De Equipamiento CAAM Chimbacalle</i>	132
Tabla 43.- <i>Estándares De Seguridad CAAM Naciones Unidas</i>	132
Tabla 44.- <i>Estándares De Procesos CAAM Chimbacalle</i>	133
Tabla 45.- <i>Estándares De Administración y Gestión CAAM Chimbacalle</i>	134
Tabla 46.- <i>Estándares De Salud CAAM Chimbacalle</i>	135
Tabla 47.- <i>Tabulador de Puntaje Final CAAM</i>	136

Tabla 48.- <i>Estándares De Estructura CAAM Benalcázar</i>	137
Tabla 49.- <i>Estándar Talento Humano CAAM Benalcázar</i>	138
Tabla 50.- <i>Estándares De Equipamiento CAAM Benalcázar</i>	138
Tabla 51.- <i>Estándares De Seguridad CAAM Benalcázar</i>	139
Tabla 52.- <i>Estándares De Procesos CAAM Benalcázar</i>	139
Tabla 53.- <i>Estándares De Administración y Gestión CAAM Benalcázar</i>	140
Tabla 54.- <i>Estándares De Salud Caam Benalcázar</i>	141
Tabla 55.- <i>Tabulador De Puntaje Final CAAM Benalcázar</i>	142
Tabla 56.- <i>Ponderaciones Y Dimensiones de: Estructura, Procesos y Resultados</i>	143
Tabla 57.- <i>Tabulador De Puntaje Final CAAM</i>	144
Tabla 58.- <i>Comparativa Con Respectoa a Estándares Internacionales de Indicadores CAAM</i>	145
Tabla 59.- <i>Test Servqual</i>	147
Tabla 60.- <i>Características Sociodemográficas de los CAAM Chimbacalle, Benalcázar y NN.UU</i>	148
Tabla 61.- <i>Respuestas Pregunta 1 Adulto Mayor CAAM Naciones Unidas</i>	151
Tabla 62.- <i>Respuestas Pregunta 2 Adulto Mayor CAAM Naciones Unidas</i>	152
Tabla 63.- <i>Respuestas Pregunta 3 Adulto Mayor CAAM Naciones Unidas</i>	152
Tabla 64.- <i>Talento Humano que se requiere en un Centro Del Adulto Mayor MIES</i>	197
Tabla 65.- <i>Inventario que se requiere en un Centro Del Adulto Mayor-Guía España</i>	198
Tabla 66.- <i>Implementación Equipos CAAM - Guía España</i>	198
Tabla 67.- <i>Cronograma General para la Aplicación de Modelo de Mejora de los CAAM-IESS</i>	200

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Los CAAM en la provincia de Pichincha distribuidos de la siguiente manera:.....	3
Figura 2.- Factores que influyen en el bienestar o malestar de los adultos mayores.....	39
Figura 3.- Evaluación del test servqual.....	67
Figura 4.- Resumen modelo Gavilán.....	68
Figura 5.- Centro de atención chimbacalle.....	108
Figura 6.- CAAM Benalcázar.....	112
Figura 7.- Superficie total centro de atención adulto mayor naciones unidas.....	117
Figura 8.- Usuarios que acuden a los CAAM.....	149
Figura 9.- Porcentaje hombres mujeres que acude a los 3 caam.....	150
Figura 10.- Modelo de estructura organizacional de los CAAM-IESS.....	150
Figura 11.- Mapa de procesos CAAM IESS.....	180
Figura 12.- Servicio de admisión al Centro del Adulto Mayor administrados por el IESS.....	181
Figura 13.- Proceso de actividad físico recreativa.....	182
Figura 14.- Proceso de actividades artísticas.....	182
Figura 15.- Flujograma plan de emergencia caam iess.....	184
Figura 16.- Implementación del segundo CAAM con estandares recomendados.....	199

RESUMEN

El presente trabajo de tesis contribuirá con el proyecto de mejoramiento de la calidad en estructura, procesos y resultados de los Centros Ambulatorios del Adulto Mayor (CAAM) administrados por el IESS de la provincia de Pichincha, siendo un grupo prioritario de atención en salud, requieren ser tratados con los más altos estándares de calidad, para lo cual se han creado a nivel nacional programas con diferentes actividades acordes a las condiciones fisiológicas de cada uno, el Adulto Mayor sano, no representa ninguna limitación para realizar actividades, el Adulto Mayor enfermo, portador de uno o varios padecimientos crónico degenerativos inestables que requieren control médico sin complicaciones, ni cuidados de la familia o del hospital. En la investigación realizada, se utilizó el método Gavilán, la técnica de observación así como los instrumentos de encuestas que fueron registrados en tablas de Excel, Los resultados obtenidos fueron que los Centros de Atención del Adulto Mayor, administrados por el IESS, no cumplen con estándares de: calidad en estructura, procesos y resultados, sin embargo en las respuestas obtenidas mediante las encuestas de la satisfacción del usuario, a nivel de la provincia de Pichincha, en tres CAAM fueron Satisfactorias, con un porcentaje de aceptación mayoritario por parte del usuario Adulto Mayor; Debido a que los resultados obtenidos en relación a la calidad; se propone realizar un modelo aplicativo para el mejoramiento de la Calidad, mediante la aplicación de estándares nacionales/ internacionales acorde a la normativa vigente del Ecuador en estructura, procesos y resultados.

PALABRAS CLAVE:

- **CALIDAD**
- **ADULTO MAYOR**
- **SATISFACCIÓN**
- **USUARIO.**

ABSTRAC

The present thesis work will contribute with the project of improvement of the quality in structure, processes and results of the Outpatient Centers of the Elderly (CAAM) administered by the IESS of the province of Pichincha, being a priority group of attention in health, they require be treated with the highest quality standards, for which programs have been created at the national level with different activities according to the physiological conditions of each one, the Healthy Senior Adult, does not represent any limitation to carry out activities, the Elderly Adult sick, carrier of one or several unstable chronic degenerative diseases that require medical control without complications, nor care of the family or hospital. In the research conducted, the Gavilán method, the observation technique as well as the survey instruments that were recorded in Excel tables were used. The results obtained were that the Adult Care Centers, managed by the IESS, do not comply with standards of: quality in structure, processes and results, however in the responses obtained through surveys of user satisfaction, at the level of the province of Pichincha, three CAAM were Satisfactory, with a percentage of majority acceptance by the user Elderly; Because the results obtained in relation to quality; It is proposed to develop an application model for the improvement of Quality, through the application of national / international standards in accordance with Ecuador's current regulations on structure, processes and results.

KEYWORDS:

- **QUALITY**
- **ELDERLY**
- **SATISFACTION**
- **USER**

1.-Tema del proyecto de titulación:

“Proyecto para la mejora de la calidad en atención e infraestructura, de los programas del Adulto Mayor, administrados por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, en la provincia de Pichincha.”

1.1 Antecedentes

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Adulto Mayor es considerado una persona mayor de 60 años y se prevé que a nivel mundial entre 2020 - 2050 se habrá duplicado la cantidad de adultos mayores, sabiendo que todas las personas mayores son distintas, unas tienen un nivel funcional equivalente a una persona de 30 años, en tanto que otras requieren asistencia permanente para actividades cotidianas básicas. Hay factores individuales que influyen en la salud de las personas de edad entre las que tenemos los estilos de vida pasada, la genética, las enfermedades y los factores ambientales también están implicados, tales como la vivienda, dispositivos de asistencia, instalaciones sociales y transporte.

A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han creado estrategias y planes de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud (2016-2020), con el fin de que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana, creando entornos adaptados a las personas mayores y sistemas de salud y atención a largo plazo ofertando calidad.

En el Ecuador, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) conjuntamente con la Red Pública Integral de Salud (RPIS) conformada por Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Policía Nacional y las prestadoras de salud privadas, se hacen cargo del alto costo que implica la atención de salud de los Adultos Mayores con enfermedades crónicas e incurables y que requieren atención multidisciplinaria de especialistas como, cardiología, endocrinología, medicina interna, geriatría, buscando la manera de garantizar una atención integral (diagnóstico, seguimiento y tratamiento). Por esta razón se ha ejecutado el Programa Nacional del Adulto Mayor denominado del envejecimiento activo, administrado de manera provincial, siendo las de mayor acogida las provincias de Pichincha y Guayas, por ser las ciudades con mayor población.

En la provincia de Pichincha se cuenta con distintos Centros de Atención para el Adulto Mayor, administrados por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) encargados de fomentar espacios alternativos de recreación, socialización y encuentro a los jubilados y jubiladas, así como, talleres de terapia ocupacional, socio-recreativas y de integración, orientados a la promoción, prevención, calidad y cuidado integral de la salud de los adultos mayores.

De esta manera los Centros de Atención del Adulto Mayor CAAM, están distribuidos en la provincia de Pichincha, concentrándose en la ciudad de Quito, como se evidencia en la Figura 1.

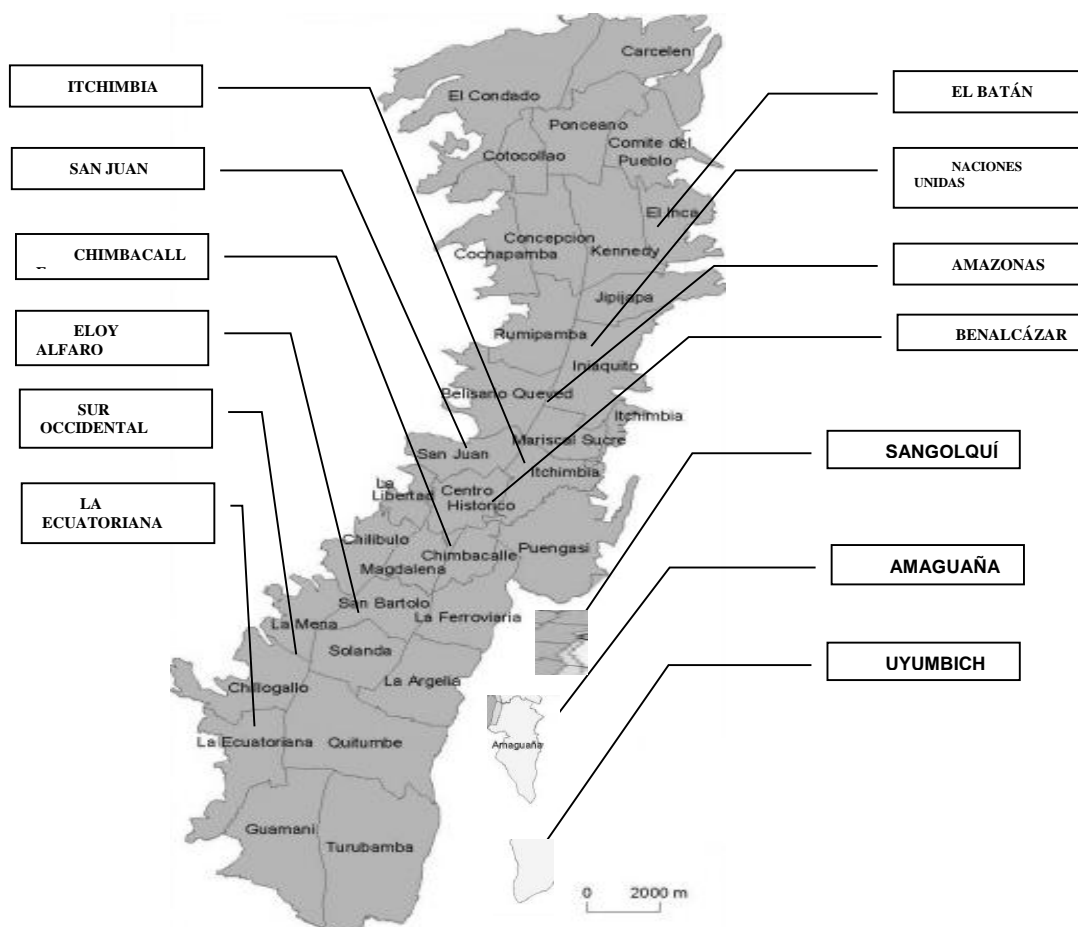


Figura 1. Distribución de los Centros de Atención del Adulto Mayor, provincia de Pichincha

1.1.1 Actividades Del Programa

Teniendo como referencia el Instructivo para la ejecución del Programa Nacional de Promoción del Envejecimiento Activo IESS año 2014, se detallan las siguientes actividades:

1.1.1.1 Promoción de salud y derechos de los Adultos Mayores

- Educación y estilos de vida saludable.
- Educación nutricional dirigida a grupos con riesgo metabólico.
- Valoración nutricional y seguimiento a personas con riesgo nutricional y metabólico.

- Educación al Adulto Mayor para prevención de riesgos de accidentes dentro y fuera del hogar.
- Prevención de caídas.
- Educación sobre los derechos del adulto mayor y prevención del maltrato.
- Talleres sobre otorgación de poderes patrimonio y/o herencia

1.1.1.2 Prevención de Deterioro Funcional o Mental

- Gimnasia.
- Taichi/yoga.
- Bailoterapia.
- Caminatas y actividades al aire libre.
- Motricidad fina / manualidades
- Actividad de recreación y ocupación adecuada del tiempo libre, artísticas: coros, guitarra, dibujo, pintura, teatro, etc.
- Actividades de estimulación cognitiva con grupos de riesgo a través de talleres de psicoeducación y prevención.

1.1.1.3 Actividades de Recuperación Funcional y Mental

- Valoración geriátrica integral.
- Gimnasia terapéutica de acuerdo a necesidades al paciente.
- Valoración y seguimiento a personas con deterioro cognitivo.
- Estimulación cognitiva de acuerdo a valoración geriátrica.
- Psicoterapias grupales e individuales.

Las actividades actuales que se ofertan dentro del programa del Adulto Mayor a nivel de la Provincia de Pichincha son descritas de acuerdo a la Tabla 1.

Tabla 1
Actividades (talleres) que ofertan los Centros Ambulatorios del Adulto Mayor CAAM

ORD	CENTROS DE ATENCIÓN ADULTO MAYOR	ACTIVIDADES (TALLERES) QUE SE IMPARTEN EN LOS CAAM-IESS			
		ACTIVIDAD. FÍSICA	ACTIVIDAD. ARTÍSTICA	ACTIVIDAD ARTESANAL	ACTIVIDAD COGNITIVAS
01	<i>Naciones Unidas</i>	Gimnasia, yoga, taichí, baile	Danza, guitarra, teatro, literatura	Tejido, manualidades, pintura	-----
02	<i>Batan</i>	Gimnasia, yoga, taichí, baile	-----	-----	-----
03	<i>Amazonas</i>	gimnasia baile de salón	Danza, música, guitarra pintura, artística	Jardinería	Computación
04	<i>Benalcázar</i>	Gimnasia, yoga, baile de salón, bailoterapia	Danza, coro, guitarra	Manualidades cocina saludable	Computación
05	<i>San Juan</i>	Gimnasia	-----	-----	-----
06	<i>Itchimbia</i>	Gimnasia	-----	-----	-----
07	<i>Villa Flora</i>	Gimnasia, yoga, taichí, baile de salón, bailoterapia	Danza, coro, guitarra	Manualidades	Computación
08	<i>Sur Occidental</i>	Gimnasia, taichí, bailoterapia	Danza, coro	Manualidades	Computación
09	<i>Eloy Alfaro</i>	Bailoterapia	-----	-----	-----
10	<i>La Ecuatoriana</i>	Gimnasia	Danza	-----	-----
11	<i>Sangolquí</i>	Gimnasia	-----	Manualidades	-----
12	<i>Amaguaña</i>	-----	Danza	-----	-----
13	<i>Uyumbicho</i>	-----	Danza	-----	-----

1.2 Planteamiento del problema

A nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la población Adulto Mayor se está incrementando de manera significativa y se están buscando estrategias para mejorar la calidad de vida de la población.

A nivel país, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) año 2010, el Ecuador cuenta con 16 millones de ecuatorianos, de los cuales 800 mil personas son Adultos Mayores, por lo que es necesario investigar cómo se encuentra la calidad en estructura, procesos y resultados, para la atención de las personas de la tercera edad, acorde a normas vigentes nacionales e internacionales.

Una de las instituciones encargadas de atender al Adulto Mayor, es el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, donde se recibe a diario gran cantidad de pacientes mayores de 60 años con enfermedades crónicas que implican retos en la familia y la sociedad; es por ello que ha establecido la ejecución de programas de atención ambulatoria para el Adulto Mayor, desconociendo estándares de calidad que conduzcan a la estructura, proceso y resultado deseado.

De este modo se requiere recabar una información útil y de fácil interpretación acerca de la calidad de atención e infraestructura de los Centros Ambulatorios del Adulto Mayor CAMM administrados por el IESS de la provincia de Pichincha y poder buscar mejorar la atención integral basados en la calidad.

1.3 Objetivo General del proyecto

Elaborar un proyecto para la mejora de la Calidad de Atención e Infraestructura, de los Programas del Adulto Mayor, Administrados por el IESS, en la provincia de Pichincha.

1.4 Objetivos específicos del proyecto

- Identificar las características que debe tener la infraestructura, los procesos y los resultados de los Programas del Adulto Mayor administrados por el IESS.
- Reconocer los estándares de calidad que se deben tener para la evaluación de los Programas del Adulto Mayor administrados por el IESS.
- Evaluar mediante el test Servqual el grado de satisfacción de la calidad de atención e infraestructura de los Programas del Adulto Mayor administrados por el IESS mediante cuestionarios.
- Elaborar un modelo aplicativo para la mejora de la Calidad de Atención e Infraestructura, dentro de los Programas del Adulto Mayor, Administrados por el IESS, en la provincia de Pichincha.

1.5 Justificación, importancia y alcance del proyecto

La calidad de vida envuelve a los seres humanos, desde su existencia en la sociedad e implica conocer cómo viven y qué expectativas de transformación de estas condiciones desean, además de evaluar el grado de satisfacción que consiguen. **(Peña, 2009).**

Uno de los países que ha realizado estudios de calidad en atención de salud es México a nivel de Latinoamérica, refiriéndose a los “organismos públicos que cargan sobre su espalda percepciones de ineficiencia, lentitud de respuesta y falta de capacidad para atender las demandas sociales a nivel de la salud pública, en estos argumentos se destacan las deficiencias del sistema de salud, el trato inadecuado e incorrecto que se brinda a los pacientes, la deficiente información por parte de las áreas administrativas y médicas del hospital, la ausencia de equipos y espacios físicos adecuados y, en general, la insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud” (González & all, 2014).

Es importante realizar el presente proyecto relacionado con las mejoras de la calidad de la infraestructura, los procesos y los resultados en la atención del Adulto Mayor por parte del IESS, ya que la mayoría de la población (jubilados-jubiladas) mantienen la expectativa de que sus recursos económicos sean administrados e invertidos de la mejor manera y sea equitativamente tanto para la atención de salud, así como para el desarrollo de programas que permitan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores sanos o con enfermedades crónicas y degenerativas.

Dentro de los programas del adulto mayor, es necesario identificar los estándares de calidad utilizados para valorar la satisfacción del usuario, para verificar su estado actual y posteriormente, sugerir alternativas de mejora.

Los Centros Ambulatorias del Adulto Mayor (CAAM), requieren ser evaluados a fin de conseguir resultados óptimos que coadyuven a identificar la expectativa vs percepción mediante sus dimensiones sobre: Elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y

empatía para continuar con el aporte de alternativas para mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad.

La atención médica proporcionada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), no tiene relación con los programas del Adulto Mayor, es por ello que es sumamente importante verificar la documentación y estructura laboral, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de salud.

Para la ejecución de programas del Adulto Mayor, existe un presupuesto establecido de manera anual que cubre las necesidades económicas de: talento humano, capacitaciones, actividades culturales, difusión, información, pagos de guardianía, arriendos, servicios básicos y mantenimiento de estructura; asignación económica que con el pasar de los años no ha sido actualizada a las necesidades de la población de jubilados.

1.5.1 Interrogantes

- ¿Cuáles son las características que debe tener la infraestructura, los procesos y los resultados de los Programas del Adulto Mayor Administrados por el IESS?
- ¿Qué tipo de estándares de calidad se utilizan para la evaluación de los Programas del Adulto Mayor administrados por el IESS?
- ¿Cómo evalúa el test Servqual el grado de satisfacción del usuario sobre la calidad de atención e infraestructura de los Programas del Adulto Mayor administrados por el IESS?

- ¿Cómo se administra la inversión económica para los programas del Adulto Mayor en los centros administrados por el IESS?
- ¿Cuál es la eficiencia de los recursos invertidos en los programas del Adulto Mayor administrados por el IESS?

1.5.2 Hipótesis de la Investigación

Por la naturaleza del proyecto no se requiere de hipótesis; debido a que es de tipo observacional y no se debe probar una suposición sino al contrario mostrar características específicas de una determinada situación. (Jimenez P. , 1998)

1.5.3 Categorización de las variables de investigación

Tabla 2

Variables de la Investigación Adulto Mayor

Variables Independientes	Variables Dependientes
Atención del Adulto Mayor	Satisfacción del Usuario
Estándares de Calidad	Indicadores
Recursos Invertidos	Eficiencia

2.1 Marco Teórico Referencial

2.1.1 Marco Legal

De acuerdo a la pirámide de Kelsen se tendrán en cuenta a los siguientes parámetros:

2.1.1.1 Normas Internacionales

2.1.1.1.1 Declaración Universal de los derechos humanos

- **Artículo 1.** Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros. **(Humanos, 1948).**
- **Artículo 7.** Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación. **(Humanos, 1948).**
- **Artículo 22.** Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad. **(Humanos, 1948).**

2.1.1.1.2 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Artículo 2. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. 2. Cada Estado Parte se compromete a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones del presente Pacto, las medidas oportunas para dictar las disposiciones legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos en el presente Pacto y que no estuviesen ya garantizados por disposiciones legislativas o de otro carácter. **(Políticos, 1976)**

2.1.1.1.3 Los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional.

Artículo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Igualdad de derechos para hombres y mujeres (**artículo 3**) Los Estados partes deberían prestar atención especial a las mujeres de edad avanzada y crear subsidios no contributivos u otro tipo de ayudas para todas las personas mayores que, con independencia de su género, carezcan de recursos.

Derecho al trabajo (artículos 6, 7 y 8). Los Estados partes deben adoptar medidas que eviten la discriminación por edad en el empleo y la profesión; que garanticen condiciones seguras de trabajo hasta la jubilación, y que otorguen a los trabajadores de edad avanzada

empleos que les permitan hacer un mejor uso de su experiencia y conocimientos, además de poner en marcha programas preparatorios de jubilación.

Derecho a la seguridad social (artículo 9). Los Estados partes deben fijar regímenes generales para un seguro de vejez obligatorio; establecer una edad de jubilación flexible; proporcionar subsidios de vejez no contributivos y otras ayudas a todas las personas que, alcanzada la edad establecida en la legislación nacional y careciendo de ingresos, no hayan finalizado el período de calificación contributivo y no tengan acceso a una pensión de vejez u otro tipo de prestación de seguridad social o ayuda.

Derecho de protección de la familia (artículo 10). Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deben crear servicios sociales para apoyar a la familia cuando existan personas mayores en el hogar, y aplicar medidas especiales destinadas a las familias de bajos ingresos que deseen mantener en su seno a las personas de edad avanzada.

Derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 1). Las personas mayores deberían lograr satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, ingresos, cuidados y autosuficiencia, entre otras. También deben desarrollarse políticas que favorezcan la permanencia en sus hogares por medio del mejoramiento y la adaptación de sus viviendas.

Derecho a la salud física y mental (artículo 12). Supone efectuar intervenciones sanitarias dirigidas a mantener la salud en la vejez con una perspectiva del ciclo de vida. **Derecho a**

la educación y la cultura (artículo 13). Debe ser abordado desde dos ángulos diferentes y a la vez complementarios: i) el derecho de la persona de edad a disfrutar de programas educativos, y ii) la posibilidad de poner sus conocimientos y experiencias a disposición de las generaciones más jóvenes.

Elaborado sobre la base de Naciones Unidas, “Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad”, Observación general N° 6 (E/C.12/1995/16/Rev.1), Ginebra, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1995.

Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad y aspectos implicados Principio Recomendaciones Independencia

- Acceso a alojamiento adecuado, comida, agua, vivienda, vestido y atención en salud. ·
Realización de trabajo remunerado.
- Acceso a la educación y a la información.
- Participación ·
- Inclusión en la formulación y aplicación de las políticas que afectan su bienestar. ·
Posibilidad de compartir conocimientos y aptitudes con las generaciones más jóvenes.
· Formación de movimientos y asociaciones.
- Cuidados · Disfrute de la atención familiar y acceso a la asistencia médica. ·
- Garantía de los derechos y libertades fundamentales cuando se encuentren en residencias o en instituciones de cuidado y tratamiento. Autorrealización
- Acceso a recursos educativos, espirituales y recreativos. Dignidad
- Vivir dignamente y con seguridad.
- No sufrir explotación, malos tratos físicos y mentales.
- Ser tratado decorosamente, con independencia de la edad, sexo, raza, etnia, discapacidad, situación socioeconómica o cualquier otra condición social.
- Ser valorado con independencia de la situación económica.

a) Otras Normas Internacionales de alcance universal.

Es el caso de los diversos convenios y recomendaciones aprobadas en el marco de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Entre ellos figuran, por ejemplo, el C 102 Convenio sobre la seguridad social (norma mínima); el C 128 Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes y la R 162 Recomendación sobre los trabajadores de edad. Las cuestiones relativas a las personas mayores también se tienen en cuenta en dos de los convenios de la OIT que regulan los derechos fundamentales en el trabajo: el C 111 Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación) y el C 87 Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación. Además, los Convenios Tercero y Cuarto de Ginebra sobre derecho internacional humanitario, relativos al trato debido a los prisioneros de guerra y a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra, respectivamente, contienen disposiciones específicas sobre las personas de edad. El C 35 Convenio sobre Protección Internacional de los Adultos, aprobado por la Conferencia de La Haya de Derecho Internacional Privado en 2000, regula cuestiones sobre la cooperación transnacional en relación con la protección de los adultos —por ejemplo, en situaciones de tutela (CEPAL, 2010).

b) Normas Interamericanas de Derechos humanos Avances recientes y más relevantes dirigidos a proteger los derechos de las personas mayores.

En los últimos años, la protección de las personas de edad desde una perspectiva de derechos humanos ha derivado en distintas iniciativas en el ámbito internacional y regional. Con el liderazgo de América Latina y el Caribe, se establecieron nuevos espacios de trabajo sobre sus derechos humanos en el marco de las Naciones Unidas y de la OEA, todos dirigidos a incrementar su promoción y protección.

El Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento de las Naciones Unidas Este Grupo de Trabajo fue establecido por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 65/182 del 4 de febrero de 2011, con el propósito de aumentar la protección de los derechos humanos de las personas de edad mediante un examen del marco internacional vigente en esta materia que permita determinar sus posibles deficiencias y la mejor forma de subsanarlas, incluso estudiando la viabilidad de crear nuevos instrumentos.

El Grupo ha funcionado bajo el liderazgo de la Argentina, que actúa como su presidencia, y ha llevado a cabo cuatro sesiones de trabajo. Durante 2011 se reunió en dos ocasiones. En ambas oportunidades, el debate permitió identificar las posibles brechas de protección y las formas de superarlas. En las sesiones de 2012, el Grupo reafirmó el interés por fortalecer la protección de los derechos de las personas mayores, aunque se puso de manifiesto la discrepancia de puntos de vista acerca de las formas de lograrlo.

La Tercera Comisión de la Asamblea General, celebrada el 20 de noviembre de 2012, el representante de El Salvador, en nombre de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Chile, Cuba, el Ecuador, El Salvador, Eritrea, Guatemala, Guinea Ecuatorial, Honduras, Malí, México, Nicaragua, el Paraguay y la República Dominicana, presentó el proyecto de resolución titulado “Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad”. Posteriormente, Belice, Costa Rica, Dominica, el Gabón, Haití, Panamá, el Módulo 2: Los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional 16 CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe Senegal, Sudáfrica, Sri Lanka, Turkmenistán y Venezuela (República Bolivariana de) se sumaron a los patrocinadores del proyecto de resolución, que fue sometido a una revisión oral por parte de El Salvador en la sesión del 27 de noviembre de 2012, momento en que fue aprobado por medio de votación registrada, solicitada por los Estados Unidos, con 53 votos a favor, 3 en contra y 109 abstenciones. El 20 de diciembre de 2012, el proyecto fue sometido a votación registrada en la Asamblea General, y se aprobó con la signatura 67/139 por 54 votos a favor, 5 en contra y 118 abstenciones. Los países que votaron contrariamente fueron el Canadá, Israel, Seychelles, Sudán del Sur y los Estados Unidos. La resolución 67/139 decidió, entre otras cosas, que el Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento, como parte de su mandato, y a partir de su cuarto período de sesiones —que se celebró del 12 al 15 de agosto de 2013—, examine propuestas relativas a un instrumento jurídico internacional para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad, sobre la base del enfoque holístico adoptado en la labor realizada en las esferas del desarrollo social, los derechos humanos y la no discriminación, así como de la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, y de

las contribuciones del segundo examen y evaluación mundial del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En sus respuestas, todos los Estados valoraron positivamente el interés por una mayor protección de los derechos de las personas mayores. Los países de América Latina y el Caribe entregaron insumos acerca de lo solicitado en la Nota Verbal, al igual que Turquía, Mauricio, Sri Lanka, Burkina Faso, Indonesia, Sudáfrica y Jordania. No ocurrió lo mismo con el Canadá, los Estados Unidos, el Japón y los países de la Unión Europea, que coincidieron en que no existe todavía el consenso necesario entre los Estados Miembros de las Naciones Unidas para emprender la elaboración de un nuevo tratado internacional, y argumentaron que el elevado número de abstenciones en la votación de la resolución 67/139 revelaba la falta de conformidad con esta iniciativa.

El Grupo de Trabajo presentó un borrador de proyecto de convención a la Comisión de Asuntos Jurídicos y Políticos, que fue elevado al Consejo Permanente a fines del primer semestre de 2012. • 2012: La Asamblea General, mediante su resolución AG/RES. 2726 (XLII-O/12), solicitó al Consejo Permanente extender el mandato del Grupo de Trabajo, para que lleve a cabo el proceso de negociación formal del proyecto de convención interamericana sobre derechos humanos de las personas mayores y procure presentarlo para su adopción en su cuadragésimo tercer período ordinario de sesiones, a celebrarse en 2013. Fuente: Elaborado sobre la base de las Resoluciones de la Asamblea General de la OEA entre 2009 y 2013. **(Huenchuan, 2013)**

2.1.1.2 Norma Nacionales

2.1.1.2.1 Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador año 2008, reconoce a las personas adultas mayores, como un grupo de atención prioritaria; con exigencia de sus derechos, y con la perspectiva del Buen Vivir en la nueva Constitución, parten del reconocimiento del Estado como “constitucional de derechos y justicia” (**Constitución Política del Ecuador, 2008**).

- **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.
- **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:
 - La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
 - El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
 - La jubilación universal.
 - Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
 - Exenciones en el régimen tributario.

- **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:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros

de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen

otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.

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.
10. La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

2.1.1.2.2 Leyes Organicas

Ley Orgánica de Seguridad Social (Última del 2010), se refiere a las prestaciones de vejez, que deben cubrir las necesidades básicas del asegurado y las personas a su cargo, por envejecimiento. Como son pensión por vejez e invalidez; subsidio transitorio por incapacidad parcial; pensiones de montepío por viudez y orfandad; subsidio para auxilio de funerales; y pensión asistencial por vejez o invalidez, financiada obligatoriamente por el Estado y la más importante atención de salud y la jubilación donde podrá recibir pensiones mensuales vitalicias. **(MIES, 2014).**

Ley de Derechos y Amparo al paciente publicado en el Registro Oficial del 3 de febrero de 1995, su última reforma se establece en el año 2006, sin embargo, se la hace constar en el presente documento por ser una ley vigente en el país y se enmarca en el cumplimiento

de los derechos de los pacientes en general, con énfasis en los adultos mayores. Establece el derecho de los pacientes (personas que se encuentran recibiendo atención en un centro o casa de salud) a recibir una atención digna y oportuna en las unidades de salud, a no ser discriminados, a la confidencialidad, la información y a decidir si acepta o declina el tratamiento médico. **(MIES, 2014)**

Ley de Prevención, protección y atención integral a las personas que padecen diabetes aprobada en febrero del 2004 y garantiza a todas las personas la protección, prevención, diagnóstico, tratamiento de la diabetes y el control de las complicaciones de esta enfermedad; crea el Instituto Nacional de Diabetología, cuya función principal es diseñar las políticas de prevención, detección y lucha contra la diabetes en coordinación con el Ministerio de Salud Pública. Esta ley también se enmarca en un enfoque de derechos de las personas adultas mayores. **(Congreso Nacional, 2004).**

2.1.1.2.3 Ley del Anciano (Codificación No. 2006-007)

La Ley No. 2001-51, publicada en el Registro Oficial No. 439 del 24 de octubre del 2001, dispone se sustituya el **Art. 1**, en el cual se identifican a las personas beneficiarias que podrán acceder a las exoneraciones o rebajas en los servicios públicos o privados establecidos en esta Ley; se reemplazan los artículos 14 y 15 referentes a las exoneraciones a las que tienen derecho respecto a los servicios de agua potable, teléfono, energía eléctrica, transportes, espectáculos públicos, etc.; al **Art. 22** se agregan los literales f) y g), referentes a las infracciones que se cometan en contra de personas ancianas, sobre todo en el desacato, negativa, negligencia o retardo de los funcionarios públicos en la prestación del servicio médico, y, el incumplimiento de los empresarios de transporte aéreo o terrestre, empresas

artísticas, centros deportivos, recreacionales o culturales respecto de las rebajas previstas en esta Ley; se reemplazan los **Arts. 23, 24 y 25** en los que establecen las sanciones por el incumplimiento de la ley, como son amonestación, multa, suspensión temporal o definitiva, el procedimiento para denunciar, los montos de las multas que serán depositadas en la cuenta del FONAN, y, el retiro temporal o definitivo de permisos de operación.

La Ley No. 36, publicada en el Registro Oficial No. 198 del 20 de noviembre de 1997, dispone se agregue un segundo inciso al Art. 8, por el cual, a partir del año 1998, el Ministerio de Economía y Finanzas establezca las regulaciones necesarias para atender los requerimientos del Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas.

la Ley No. 2004-35, publicada en el Registro Oficial No. 344 del 28 de mayo del 2004, se sustituye el texto del **Art. 10**, estableciendo que los ancianos indigentes, que carecen de familia o que fueren abandonados serán reubicados y atendidos por hogares de ancianos u hospitales geriátricos, cuya infraestructura deberá ser facilitada por el Ministerio de Bienestar Social; además se reemplaza el **Art. 11** regulando el derecho de los ancianos a reclamar alimentos, estableciéndose acción popular para exigir este derecho, y, por sobre todo, el respeto y obediencia que deben los hijos a sus padres, debiendo asistirles especialmente en caso de enfermedad, durante la tercera edad, cuando adolezcan de una discapacidad que no les permita valerse por sí mismos; se agrega como **Art. 16** el texto del **Art. 3** de esta Ley reformativa, por el cual las clínicas y hospitales privados pondrán a disposición de los ancianos indigentes un 5% de su infraestructura.

Se actualizan las denominaciones de los ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública de conformidad a lo establecido en el Art. 16 del Estatuto del Régimen Jurídico y

Administrativo de la Función Ejecutiva, publicado en el Registro Oficial No. 536 del 18 de marzo del 2002 y sus posteriores reformas.

CONGRESO NACIONAL

Capítulo I

Disposiciones Fundamentales

Art. 1.- Son beneficiarios de esta Ley las personas naturales que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad, nacionales o extranjeras legalmente establecidas en el país, justificarán su condición únicamente con la cédula de identidad y ciudadanía o con el documento legal que les acredite a los extranjeros.

Art. 2.- El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.

Art. 3.- El Estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana, con sujeción a la presente Ley.

Capítulo II

Organismos de ejecución y servicios

Art. 4.- Corresponde al Ministerio de Bienestar Social la protección al anciano, mediante las siguientes acciones:

- a) Efectuar campañas de promoción de atención al anciano en todas y cada una de las provincias del país;
- b) Coordinar con la Secretaría de Comunicación, consejos provinciales, concejos municipales, en los diversos programas de atención al anciano;
- c) Otorgar asesoría y capacitación permanentes a las personas jubiladas o en proceso de jubilación;
- d) Impulsar programas que permitan a los ancianos desarrollar actividades ocupacionales, preferentemente vocacionales y remuneradas estimulando a las instituciones del sector privado para que efectúen igual labor; y,
- e) Estimular la formación de agrupaciones de voluntariado orientadas a la protección del anciano y supervisar su funcionamiento.

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

Art. 6.- El Consejo Nacional de Salud y las facultades de medicina de las universidades incluirán en el plan de estudios, programas docentes de geriatría y gerontología, que se ejecutarán en los hospitales gerontológicos y en las instituciones que presten asistencia médica al anciano y que dependan de los ministerios de Bienestar Social y Salud Pública y en aquellas entidades privadas que hayan suscrito convenios de cooperación con el Ministerio de Bienestar Social.

Capítulo III

De los servicios

Art. 7.- Los servicios médicos de los establecimientos públicos y privados, contarán con atención 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.

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

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

Art. 10.- Los ancianos indigentes, o que carecieren de familia, o que fueren abandonados, serán ubicados en hogares para ancianos o en hospitales geriátricos estatales. Para el cumplimiento de esta disposición, el Ministerio de Bienestar Social, facilitará la infraestructura necesaria.

Art. 11.- En las reclamaciones alimenticias formuladas por los ancianos, el juez de la causa fijará una pensión, tomando en cuenta las reglas de la sana crítica.

Los hijos deben respeto y obediencia a sus progenitores, y deben asistirlos, de acuerdo a su edad y capacidad económica, especialmente en caso de enfermedad, durante la tercera edad y cuando adolezcan de una discapacidad que no les permita valerse por sí mismos.

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

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

Art. 14.- (Reformado por el Art. 47 de la Ley s/n, R.O. 405-S, 29-XII-2014).- Toda persona mayor de sesenta y cinco años de edad y con ingresos mensuales estimados en un máximo de cinco remuneraciones básicas unificadas o que tuviere un patrimonio que no exceda de quinientas remuneraciones básicas unificadas, estará exonerada del pago de impuestos fiscales y municipales. En cuanto a los impuestos administrados por el Servicio de Rentas Internas se estará a lo dispuesto en la ley.

Art. 15.- Las personas mayores de 65 años, gozarán de la exoneración del 50% de las tarifas de transporte aéreo, terrestre, marítimo y fluvial, y de las entradas a los espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos y recreacionales.

Se exonera el 50% del valor del consumo de los servicios de un medidor de energía eléctrica cuyo consumo mensual sea hasta 120 Kw/hora; de un medidor de agua potable cuyo consumo mensual sea de hasta 20 metros cúbicos, los excesos de estos límites pagarán las tarifas normales y, el 50% de la tarifa básica residencial de un teléfono de propiedad del beneficiario en su domicilio. Todos los demás medidores o aparatos telefónicos que consten a nombre del beneficiario o su cónyuge o conviviente, pagarán la tarifa normal.

Para tal rebaja, bastará presentar la cédula de identidad o de identidad y ciudadanía, o el carné de jubilado y pensionista del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, datos que deberán ser debidamente verificados por las empresas que prestan estos servicios.

Además, se exonera el 50% del valor de consumo que causare el uso de los servicios de los medidores de energía eléctrica, de agua potable y de la tarifa de teléfono a las instituciones sin fines de lucro que den atención a las personas de la tercera edad como: asilos, albergues, comedores e instituciones gerontológicas.

Art. 16.- Las clínicas y hospitales privados pondrán a disposición de los ancianos indigentes un equivalente al 5% de su infraestructura, bien sea construyendo instalaciones o bien poniendo a disposición parte de las existentes.

Capítulo IV

De la Educación

Art. 17.- En el programa de estudios de los niveles primario y medio se incluirán temas relacionados con la población de la tercera edad. Los estudiantes del sexto curso de nivel medio podrán acogerse al trabajo de voluntariado en los hogares de ancianos del país, previa a la obtención del título de bachiller, como opción alternativa a otras actividades de carácter social.

Art. 18.- El Ministerio de Bienestar Social creará incentivos en favor de las universidades para que preparen profesionales especializados en atención a la población anciana.

Art. 19.- Las instituciones del sector público y aquellas que manejen fondos públicos, responsables de programas de desarrollo rural, incorporarán cuando así se justifique, proyectos especiales con su correspondiente financiamiento para asegurar el bienestar de la población rural anciana.

Capítulo V

Del Financiamiento

Art. 20.- Para financiar los programas contemplados en esta Ley, créase el "Fondo Nacional del Anciano" (FONAN) que estará constituido por:

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

Art. 21.- Del Fondo señalado en el artículo anterior, se destinará hasta el 10% para el funcionamiento del Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas.

Capítulo VI

DE LAS INFRACCIONES Y SANCIONES

Art. 22.- Se considerarán infracciones en contra del anciano, las siguientes:

- a) El abandono que hagan las personas que legalmente están obligadas a protegerlo y cuidarlo, de conformidad con el artículo 11 de la presente Ley;
- b) Los malos tratos dados por familiares o particulares;
- c) La falta e inoportuna atención por parte de las instituciones públicas o privadas previstas en esta Ley;
- d) La agresión de palabra o de obra, efectuado por familiares o por terceras personas;
- e) La falta de cuidado personal por parte de sus familiares o personas a cuyo cargo se hallen, tanto en la vivienda, alimentación, subsistencia diaria, asistencia médica, como en su seguridad;
- f) El desacato, la negativa, negligencia o retardo en que incurran los funcionarios públicos, representantes legales o propietarios de centros médicos en la prestación de servicios a personas de la tercera edad, especialmente a lo dispuesto en el artículo 14 de la presente Ley; y,
- g) El incumplimiento por parte de los empresarios de transporte aéreo o terrestre, de empresas artísticas, centros deportivos, recreacionales o culturales, en dar cumplimiento a las rebajas previstas en el artículo 15 de esta Ley.

Art. 24.- Las personas que por primera vez incurran en las infracciones señaladas en el artículo 22, serán amonestadas por el juez de lo civil, a petición de la parte afectada, por lo cual se dejará constancia en un acta, bajo prevenciones legales.

Art. 25.- Los infractores a las disposiciones previstas en esta Ley, serán sancionados con: amonestación; multas de cincuenta a quinientas remuneraciones básicas mínimas unificadas; la destitución del servidor público en el caso de ser reincidente; y, el retiro de los permisos de operación de 15 días a 6 meses o definitivamente en el caso de reincidencia, de las personas naturales o jurídicas que presten servicios públicos. Las multas que se recauden serán depositadas en la cuenta del FONAN.

Capítulo VII

DE LA JURISDICCIÓN Y PROCEDIMIENTO

Art. 26.- Los jueces de lo civil son competentes para conocer y resolver los reclamos de los ancianos formulados por sí mismos, por sus parientes, o por intermedio de la Procuraduría General del Anciano.

Art. 27.- Las reclamaciones formuladas en la forma señalada en el artículo precedente, se tramitarán sumariamente con la citación a la parte demandada luego de lo cual se convocará.

Capítulo VIII

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

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

Art. final. - La presente Ley que tiene el carácter de especial, prevalecerá sobre todas las disposiciones legales que se le opongan.

2.1.1.2.4 Acuerdos Ministeriales

Ministerio de Salud Pública, Acuerdo Ministerial No. 0000234 del 09 de mayo del 2007 en el que se establece: Art. 1 Aprobar y declarar al Plan de Acción Nacional para la Atención Integral de Salud de la Población Adulta Mayor, como prioridad en la Agenda Pública Nacional y en su Art. 2: Implementar el Plan de Acción Nacional para la Atención Integral de Salud de la Población Adulta, como un esfuerzo coordinado de las instituciones públicas y privadas y de cooperación internacional, orientando los recursos técnicos y financieros nacionales internacionales al fortalecimiento de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, que contribuyan en la atención integral y de la calidad a las personas adultas, adultas mayores, con énfasis en las zonas más críticas del país.

Acuerdo Ministerial No. 0000234 del 09 de mayo del 2007 en el que se establece: Art. 1 Aprobar y declarar al Plan de Acción Nacional para la Atención Integral de Salud de la Población Adulta Mayor, como prioridad en la Agenda Pública Nacional y en su Art. 2: Implementar el Plan de Acción Nacional para la Atención Integral de Salud de la Población

Adulta, Adulta Mayor, como un esfuerzo coordinado de las instituciones públicas y privadas y de cooperación internacional, orientando los recursos técnicos y financieros nacionales internacionales al fortalecimiento de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, que contribuyan en la atención integral y de la calidad a las personas adultas, adultas mayores, con énfasis en las zonas más críticas del país.

2.1.1.2.5 Acuerdos del Ministerio de Inclusión Económica y Social “MIES”

Decreto ejecutivo no. 1824 de 1 de septiembre del 2006, publicado en el registro oficial no. 351 de 7 de septiembre del 2006, mediante el cual se crea la **PENSIÓN ASISTENCIAL** para personas de la tercera edad o con discapacidad en situación de pobreza, como un subprograma del Bono de Desarrollo Humano, consistente en una transferencia monetaria mensual de treinta dólares, sin ningún requisito adicional, dirigida a las personas de sesenta y cinco años de edad en adelante, que se hallen ubicados en el 40% más pobre de esta población o con una discapacidad igual o mayor al 40%, acreditadas con el carné del Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS y que se encuentren en el quintil 1 y 2, conforme al índice de focalización de beneficios que será determinado por la Secretaría Técnica del Frente Social

Acuerdo ministerial no. 0037 de 24 de julio de 2009, mediante el cual se norma los procesos de incorporación y exclusión de los nuevos beneficiarios de los subprogramas Bono de Desarrollo Humano, Pensión para Adultos Mayores y la Pensión para Personas con Discapacidad.

Decreto ejecutivo no. 1395, de 2 de enero de 2013, publicado en el Registro Oficial No. 870, de 14 de enero de 2013, se establece el valor mensual de la transferencia monetaria para el Bono de Desarrollo Humano y para las Pensiones dirigidas a personas adultas mayores que hayan cumplido 65 años de edad o más, que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad y no estén afiliadas a un sistema de seguridad público, así como a personas con discapacidad igual o superior al 40% determinada por la autoridad sanitaria nacional, que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad y no estén afiliadas a un sistema de seguridad público, en USD 50,00 (cincuenta dólares de los Estados Unidos de Norteamérica).

2.1.1.2.6 Resoluciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social⁷ IESS

Según resolución del Consejo Directivo del IESS CD 262, el año 2009 se crea la Comisión Nacional de la Tercera Edad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que se encargará de la dirección, planificación y supervisión a nivel nacional de los programas de atención al adulto mayor, a fin de dar cumplimiento a los derechos fundamentales consagrados en la Constitución de la República del Ecuador y en la ley, referentes al derecho de las personas de la tercera edad o adultos mayores, a tener asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, atención integral en salud y en servicios, así como una adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física, emocional y mental.

En el año 2011 mediante resolución del Consejo Directivo CD 393, se establece que La Comisión Nacional de la Tercera Edad tendrá los siguientes deberes y atribuciones:

- a) Preparar el Plan Nacional de Protección para adultos mayores y planificar las actividades que se realizarán en las Comisiones Provinciales y Cantonales de la Tercera Edad.
- b) Integrar las comisiones Provinciales y Cantonales de la Tercera Edad.
- c) Designar al funcionario (a) coordinador (a) de las acciones de las comisiones.
- d) Aprobar los planes anuales de la tercera edad, tanto provincial como cantonal puestos a su consideración.
- e) Gestionar la asignación presupuestaria para la ejecución de los planes.
- f) Realizar las evaluaciones anuales de su gestión.
- g) Las demás acciones que sean pertinentes.

Los fondos que se requieren para la ejecución de los programas de la Tercera Edad, se tomarán de la partida presupuestaria No. 520103260, que consta en el Seguro General de Salud Individual y Familiar, denominado programa de Servicio Social de la Tercera Edad, a fin de que los utilice en programas operativos anuales del servicio social para la tercera edad, en cada circunscripción; y, la difusión y ejecución de los programas de asistencia a la tercera edad, aprobados por la Comisión Nacional. **(Congreso Nacional; 2006-2007)**

2.1.2 Marco Epistemológico

2.1.2.1 El Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso fisiológico mas no una enfermedad donde la ciencia y tecnología tratan de prevenir y evitar el deterioro de los órganos y sistemas mejorando la calidad de vida.

“El envejecimiento es un proceso natural y progresivo que afecta a todos los seres vivos, a principios del siglo XX, la esperanza de vida era de 50 años y en la actualidad, en los países desarrollados, asciende a 75 años.” (Allevato & Jonh, 2008).

Las características del envejecimiento son: universal, progresivo, dinámico, declinante e intrinco, heterogéneo e individual y varía acorde a cada individuo, a sus órganos y responden de diferentes maneras a las intervenciones sean de prevención, promoción y la rehabilitación.

Los cambios causados por el envejecimiento:

- Descenso de las funciones sensoriales y perceptivas.
- Baja de la estatura.
- Progresión a la osteoporosis en las mujeres.
- Degeneración de las glándulas sebáceas del rostro.
- Disminución de la sensación al frío y al calor.
- Reducción de la fuerza y la rapidez para realizar actividades físicas.
- Disminución del agua corporal.

2.1.2.1.1 Tipos de envejecimiento

- **Envejecimiento normal o primario** cambios que ocurren del propio paso del tiempo de cada individuo.
- **Envejecimiento patológico o secundario**, caracterizado por la presencia de la enfermedad o discapacidad además de los cambios propios del envejecimiento.

2.1.2.1.2 Teorías del Envejecimiento

- **La teoría del envejecimiento programado:** Es el envejecimiento programado por el propio organismo dentro del desarrollo normal.
- **Teoría del desgaste natural:** Aquí las personas envejecen mediante un patrón de desarrollo normal, debido al uso continuo.
- **Teoría de la inmunología:** Es debido a la disminución de la respuesta inmune ante los antígenos externos y un aumento de los propios.
- **Teoría de los radicales libres:** Es debido a una lesión inalterable en la célula.

2.1.2.2 Adulto Mayor

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la población Adulto Mayor es considerada en los países desarrollados a los 65 años, sin embargo, en países en vías de desarrollo es a partir de los 60 años, tomándole en consideración la siguiente clasificación del Adulto Mayor:

- **Autovalente sin riesgo:** se refiere al Adulto Mayor que puede realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- **Autovalente con riesgo:** se refiere al Adulto Mayor con alguna patología crónica degenerativa
- **Dependiente:** Adulto Mayor no puede realizar las actividades de la vida diaria.
- **Postrado o Terminal:** Adulto Mayor incapaz de realizar actividades básicas (alimentarse, control de esfínter) dependiente de la familia o de institución de salud.

Hay factores externos que van a influir en el bienestar o malestar de los Adultos Mayores, resumidos en el Figura 2

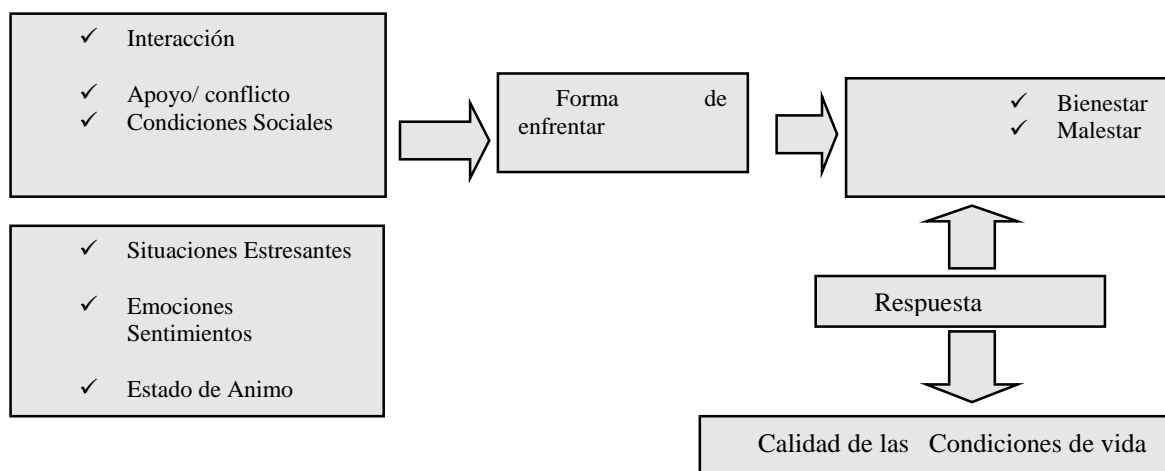


Figura 2. Factores que influyen en el bienestar o malestar de los Adultos Mayores

Hay personas Adultas Mayores que no tienen patologías, en tanto que otras se acompañan de enfermedades crónicas degenerativas relacionadas con el envejecimiento “Se estima que las personas que sobrepasan los 65 años padecen 2 veces más de discapacidades, 4 veces más de limitaciones, van al médico 42 % más seguido y sus estancias hospitalarias son 50 % más prolongadas”. (Allevato & Jonh, 2008).

La mayoría de los Adultos Mayores suelen presentar alteración en la motilidad intestinal, disminución de la masa renal, pérdida de la capacidad de reserva pulmonar, cambios de la frecuencia cardíaca con el ejercicio y la sensibilidad de los baro receptores, deterioro del sensorio táctil, visual y auditivo, alteración de la memoria y disminución de la velocidad en las actividades motoras.

Los Adultos Mayores están predispuestos a enfermedades, confusiones, caídas, incontinencia e inmovilidad. Por lo que los médicos pueden tener tardanzas en el diagnóstico, debido a la poca comunicación médico paciente, con falta de adherencia a los tratamientos.

Se deben fijar prioridades terapéuticas, revisando interacciones de los medicamentos, validar las enfermedades simultáneas, verificar las dosis asociadas a la edad y peso por los efectos colaterales. Estar al tanto de la parte social y familiar para facilitar su adhesión.

2.1.2.2.1 Recreación del Adulto Mayor

Es desarrollar la personalidad individual de manera local y dinámica con el fin de mejorar y ser independiente y que garanticen una calidad de vida adecuada, respetando su dimensión humana esencial, entre estas actividades tenemos la lúdica, las de actitudes, según la elección de cada individuo adulto mayor de manera participativa y democrática.

Los objetivos de las actividades recreativas en el adulto mayor son: desarrollar la creatividad, fortalecer la psicomotricidad, la interrelación humana y la integración social, hacer frente a limitaciones físicas, conseguir equilibrio, flexibilidad y expresión corporal.

A pesar de que realicen actividades recreativas y físicas deben tener una dieta equilibrada.

Antes de empezar cualquier actividad, deben ser evaluados por un médico y un psicólogo y tener el apoyo de su familia.

2.1.2.2.2 Actividad Física en el Adulto Mayor

La actividad física en el Adulto Mayor se define al movimiento corporal pensado, que se realiza con los músculos esqueléticos, y resulta como un gasto de energía e interactuar con el ambiente que les rodea y se relaciona con el estilo de vida. **(Ceballos; 2012)**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la actividad física en Adultos Mayores consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. **(Carlos, 1999)**

La actividad física en los Adultos Mayores, debe ser tomada en cuenta en la mayoría de programas de salud, debido a que el ejercicio puede prevenir enfermedades, colaborar en el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades cardiovasculares y osteodegenerativas presentes en la vejez.

Tipo de actividad.

La actividad va a depender de la capacidad y estado físico y de salud que tenga el adulto mayor, ya que para realizar la actividad escogida se requiere la utilización de los grupos musculares, y debe ser mantenida durante un tiempo determinado, sea de tipo rítmico y/o aeróbico. Como caminar, marchar, trotar, correr a paso lento), nadar, bicicleta estacionaria, adaptados a su edad.

Intensidad del ejercicio.

Dependiendo de los determinantes de la capacidad funcional y condiciones en las que se encuentre el adulto mayor puede realizar actividad física en intensidad mayor en un 40 - 60% del consumo máximo de oxígeno (VO₂ máx.), o a 40- 60% de la frecuencia cardiaca máxima. El ejercicio de menor intensidad se considera beneficioso para la salud, y la condición física cuando se trata de personas que son sedentarias.

Duración del ejercicio.

Se considera la realización de 5 a 30 minutos en la actividad aeróbica continua o intermitente en personas que si realizan actividades. Y de 5 a 10 minutos en personas sedentarias. Un estudio realizado en la universidad de Granada, España, del año 2012, publicado en la *Jornal of Sport and Health Research* ; refiere que la realización de actividad física en adultos sanos es muy importante para para promover la salud pública, dependiendo la frecuencia, duración e intensidad de la actividad y la respuesta sobre la condición física puede reducir el riesgo de padecer diversas enfermedades, además de mejorar la dieta para disminuir la obesidad que es una de las causantes de la enfermedades metabólicas. “Se establece que deben realizar actividad física cardiorrespiratoria de intensidad moderada, 150 min/semana con una frecuencia de 5 días/semana, o en el caso de intensidad vigorosa 60 min/semana con una frecuencia de 3 días/semana. Sin embargo, la relación dosis-respuesta de actividad física y beneficios obtenidos en la salud de los practicantes, no es conocida con exactitud”. (Estevez; et all. , 2012).

2.1.2.3 La Calidad

El usuario debido a los avances tecnológicos y científicos cada día se informa más y exige calidad en los servicios de atención, por ende, todos los profesionales en especial de la salud, deben procurar dar una atención digna a cada ciudadano.

2.1.2.3.1 Calidad de la Atención

Calidad es ofrecer a un usuario un servicio que cumpla sus expectativas con alto rango de cumplimiento (bueno, bonito y barato), y con el menor riesgo posible.

W. Edwards Deming indica que “Calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles, solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará; la calidad puede estar definida solamente en términos del agente”. **(Rosey, 2013)**

Acorde a Joseph M. Juran “La calidad consiste en aquellas características de producto que se basan en las necesidades del cliente y que por eso brindan satisfacción del producto. Calidad consiste en libertad después de las deficiencias”. **(Rosey, 2013)**

Kaoru Ishikawa “De manera somera, calidad significa calidad del producto. Más específico, calidad es calidad del trabajo, calidad del servicio, calidad de la información, calidad de proceso, calidad de la gente, calidad del sistema, calidad de la compañía, calidad de objetivos, etc.” **(Rosey, 2013)**.

2.1.2.3.2 Calidad Asistencial

En 1980 Avedis Donabedian manifiesta una definición de calidad asistencial: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes". **(Rosa, 2001)**.

En 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado" **(Rosa, 2001)**

En 1991 la OMS define: Una atención de alta calidad es de tipo integral de salud ya que incluye educación, prevención, curación y rehabilitación en una población que invierte recursos y es oportuna y efectiva de acuerdo a diferentes componentes:

1. **El componente técnico**, (ciencia y tecnología) brinda beneficios y evita riesgos.
2. **El componente interpersonal**, (personas) que deben cumplir normas y tener valores.
3. **El componente del confort**, incluye a los adicionales del entorno del usuario que permiten que el usuario se sienta confortable.

De esta manera se puede dimensionar la calidad tomando los diferentes criterios según varios autores contemporáneos y debemos tomar la que a criterio sea más fácil de interpretar como se representa en la Tabla 3

Tabla 3

Dimensiones de la Calidad según diversos autores

Palmer	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia • Profesional • Accesibilidad • Aceptabilidad/ • Satisfacción • Efectividad • Eficiencia
Programa Ibérico	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad • Científico técnica. • Accesibilidad • Satisfacción • Calidad científico • técnica • Distribución de la • Asistencia/integral • Efectividad/ • Eficiencia • Continuidad/ • Coordinación • Accesibilidad • Participación • Efectividad • Eficiencia • Adecuación • Continuidad • Eficacia • Oportunidad • Privacidad • Confidencialidad • Seguridad • Apoyo • estructural
Vuori	
JCAHO	

2.1.2.3.3 Herramientas para medir la Calidad

Criterios:

Se refiere a la percepción y expectativa que tiene el usuario de si un servicio satisface una necesidad, para decidir si hay o no calidad.

Estándar:

Se refiere al nivel de cumplimiento es satisfactorio o no y determina si hay o no calidad.

Indicador:

Es un criterio que debe ser medido por el investigador para detectar problemas en la calidad con un nivel de cumplimiento.

Mediante las fuentes de datos que busca el investigador utilizando la observación, registros, encuestas y entrevistas, según Avedis Donabedian la calidad debe medirse según los siguientes datos:

- **Estructura:** Son los datos existentes en relación a equipamientos, personal, recursos, etc.
- **Proceso:** Son actividades que realizan los profesionales para obtener un resultado efectivo.
- **Resultados:** hace referencia a la consecuencia de lo anterior.

Una de las motivaciones para mejorar la calidad de atención que tienen los centros de salud por lo general son las acreditaciones internacionales, incrementar la economía; más no los valores éticos de las instituciones que deben cumplir requisitos para mejorar la imagen y la atención del usuario.

2.1.2.3.4 La Calidad de vida en el Adulto Mayor

La OMS (1994), define la “calidad de vida” como la idea que tienen las personas sobre su posición en la vida dentro de varios contextos, valores, metas, expectativas, normas y preocupaciones incluyendo la salud, independencia, bienestar con la vida y aspectos del

medio ambiente como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros y donde la familia y las instituciones constituyen las principales redes de apoyo del adulto mayor.

Debido al estilo de vida de la población es que, en la edad adulta, aparecen enfermedades crónico-degenerativas y tiene repercusiones a la edad de 60 años, representa ya un alto porcentaje de AVPP (Años de Vida Perdidos), del mismo modo el problema de la población, se enfoca a diversos determinantes que van a influenciar en la Calidad de Vida en el Adulto Mayor siendo estos los siguientes:

- Las relaciones familiares y apoyos sociales,
- La salud general
- El estado funcional
- La economía
- La edad
- El sexo,
- La residencia
- Enfermedades

En un estudio en Colombia referente a la Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años en áreas urbanas y rurales, se observó que en el “área rural tenían un estado de salud más pobre en la medición de las subescalas de funcionamiento físico y social, roles, salud mental general y percepción general de salud.

“Para los autores del artículo, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud que más se ajusta a los objetivos de esta revisión, es el que la concibe como la capacidad

que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva.”

(scopus)(Botero de Mejía, 2007; pag. 17, 18, 24)

La OMS, considera la percepción del sujeto en sus dimensiones física, psicológica, social y ambiental de manera integral, aplico un instrumento, publicados entre 2002 y 2012, 1845 estudios, de estos 548 cumplieron el protocolo e incluyeron 234.414 sujetos. En la región de Las Américas, el país con mayor número de publicaciones fue Brasil y China en el Pacífico Occidental.

La OMS, publico el World Health Organization Quality of Life, versión breve (WHOQOL-BREF, siglas en inglés) para medir de manera genérica de calidad de vida; se ha aplicado alrededor del mundo y en personas sanas y enfermas; donde se incorpora la perspectiva del paciente obtuvo como resultados que Europa es la región con más publicaciones (29,9 %) Turquía (33) y Reino Unido (24), seguido de Alemania (12), Italia (11), Portugal (9), Polonia y Noruega. En las Américas, la publicación fue alta, el 87,7 % están en Brasil, siendo este país el que presenta mayor número de investigaciones sobre calidad de vida en el mundo, seguido de China; con 15 investigaciones se encontró trastornos mentales (21,2 % de las investigaciones), enfermedades infecciosas (8 %) y neoplasias (5,8 %) ,el 0,2 % en sistema respiratorio; 0,4 alteraciones en los ojos; 0,5 oídos; 0,7 sangre; 0,7 piel; 0,9 enfermedades congénitas; 0,9 sistema digestivo; 2,7 enfermedades metabólicas; 2,7 sistema circulatorio; 4,4 % nervioso; 4,6 genitourinario; 5,8 neoplasias; 8,0 infecciosas y 21,2 trastornos mentales y del comportamiento, otros como esquizofrenia (28 %), adicciones (13 %), depresión (12 %), trastorno afectivo bipolar (13 %) y demencia

(3,4 %); de los estudios en enfermedades infecciosas el 75 % fue en VIH/sida, hepatitis B 2,3 %, hepatitis C 4,5 %, lepra 6,8 %, tuberculosis 2,3 %, enfermedad de Chagas 2,3 % y Human T-LymphotropicV virus (HTLV) 4,5 %.

El usuario que acude a los servicios de atención de salud se ha convertido en lo primordial y centro de las instituciones, la satisfacción es el indicador esencial de la calidad asistencial, mediante la expectativa y la percepción, factores que determinan un lineamiento para buscar la manera de mejorar la calidad de la atención.

Una de las maneras de mejorar y entender la satisfacción del paciente, es determinando sus necesidades y sus expectativas reales, donde las organizaciones sanitarias y los profesionales deben tratar y ver al usuario como una prioridad para que sea un cliente satisfecho, convirtiéndose así en un requisito y objetivo en la calidad global del servicio sanitario.

La calidad de vida del Adulto Mayor dentro del Ministerio de Inclusión Económica Social, promueve programas alternativos de recreación, socialización y encuentro. Aplicables a normativas donde su propósito es realizar actividades recreativas, culturales, sociales y formativas tendientes a la convivencia, participación, solidaridad y relación con el medio social.

Se valorara la Calidad en estructura, procesos y resultados determinados a los requisitos que cumple, entre más se apegue al estándar esperado, tendrá un mayor valor sea este de Calidad Total, de Gestión de la Calidad y de Certificaciones ISO-9000, se refiere a que los productos cumplen requisitos y se ha minimizado los errores con eficiencia y eficacia, toda

se mide, se controla y se registra, incluyendo la atención a las personas, se pierde entre protocolos de atención, procedimientos administrativos y manuales. **(Hernandez & all, 2016).**

2.1.2.3.5 Estándares de Calidad del MIES-Ecuador

Los estándares de calidad para la población Adulta Mayor acorde Ministerio de Inclusión Económica y Social se han desarrollado de la siguiente manera:

2.1.2.3.5.1 Estándar de Procesos

✓ Estándar 1: Integración familiar y comunitaria

Son actividades que fomentan el afecto, los cuidados personalizados, la participación de la familia, los programas sociales, culturales, en actividades de las unidades de atención, con el fin de que las familias se responsabilicen por sus familiares y evitar el abandono de las personas adultas mayores y vivan en un lugar con afecto.

✓ Estándar 2: Espacios formativos para la comunidad.

Se trata de implementar espacios alternativos y atención domiciliaria en la comunidad

Encaminados a:

- Participación y promoción del adulto mayor
- Derechos y deberes del adulto mayor
- Promover vínculos afectivos
- Protocolos de atención para adultos mayores
- Prevención y detección del deterioro cognitivo y físico.
- Nutrición e hidratación

- ✓ Estándar 3: Recuperación de conocimientos y saberes.

Son actividades para la recuperación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos mayores para compartirlas con otros grupos generacionales estimulando la creatividad mediante memorias, narraciones, rutinas y experiencias.

- ✓ Estándar 4: Pacto de convivencia y acuerdos sobre el cuidado.

Son acuerdos que se realizan con familiares, cuidadores y la comunidad relacionadas a las unidades de atención y deben ser firmadas por las partes para comprometerse con el adulto mayor.

- ✓ Estándar 6: Derecho a la identidad.

Las unidades de atención verificarán que los adultos mayores cuenten con la cédula de ciudadanía e identidad. En caso de no contar con este documento, se coordinará con las instituciones competentes.

- ✓ Estándar 7: Participación.

Los adultos mayores deben participar en las actividades programadas por las unidades como ir de paseo, al cine, a foros, reuniones, presentaciones artísticas y emitir sus opiniones y llegar a un acuerdo, con el fin de mejorar las relaciones interpersonales y la autoestima

- ✓ Estándar 8: Monitoreo y seguimiento del proceso socio-educativo.

Se realizará registros de seguimiento y medición de los diferentes estados físico, mental de los usuarios como mínimo 2 veces al año.

✓ Estándar 9: Talento Humano.

El grupo de talento humano debe estar conformado por:

- a) Un coordinador/a que tenga un título de tercer nivel en relación a administración, áreas sociales, de salud o afines; con experiencia mínima de 3 años con personas adultas mayores.
- b) Un cuidador/a que haya prestado servicios en la atención de personas adultas mayores.
- c) Un auxiliar de enfermería, por cada 10 personas adultas mayores que no requieran ayuda y se manejen de manera independiente y 4 auxiliares más para las personas que no puedan manejarse de manera autónoma, que realicen turnos rotativos de 8 horas y para el horario nocturno un cuidador por cada 12 personas.
- d) Un profesional médico
- e) Y los centros de convenio deberán contratar un profesional médico asignado por el Ministerio de Salud Pública que dedique 3 horas semanales e implemente las normas y protocolos correspondientes si hay hasta 10 usuarios. Si hubiere 25 o más, deberá asistir mínimo 10 horas semanales.
- f) Una/un psicóloga/o clínica con título por cada 30 usuarios/as, que cumplirá un mínimo de 20 horas de labor semanal.
- g) Una/un terapeuta ocupacional con título y/o psico-rehabilitador, por cada 30 usuarios/as, y cumplirá 20 horas semanales.

- h) Una/un terapeuta físico titulado, por cada 30 usuarios que cumplirá un mínimo de 20 horas de labor semanal.
- i) Una/un trabajador social con título profesional por cada 30 usuarios, que cumplirá un mínimo de 20 horas de labor semanal.
- j) Una/un facilitadora/o para actividades manuales, artísticas, etc.
- k) Una/un auxiliar de limpieza del centro a tiempo completo, por cada 15 adultos/ as mayores.

2.1.2.3.5.2 Estándares de Estructura

Están relacionados a la protección, ambientes adecuados para los adultos mayores

✓ Estándar 1: Características físicas

Deben tener los centros de atención al adulto mayor y donde se realizarán actividades de recreación, integración y socialización con un ambiente que brinde seguridad, confianza, y bienestar

Características:

1. Espacios amplios y seguros
2. Acceso vehicular para aprovisionamiento y emergencias;
3. Los centros gerontológicos residenciales y diurnos, en lo posible deben tener una sola planta y en caso de contar con más, deberán tener facilidades como rampas, gradas seguras, ascensores o montacargas;
4. Facilidades para la circulación con ayudas mecánicas y técnicas;

5. Los pisos deben ser de materiales antideslizantes, o contar con los protectores para prevenir caídas;
6. Puertas anchas de fácil manejo y que se abran hacia afuera;
7. Iluminación y ventilación natural, sin humedad;
8. Espacios para almacenamiento de alimentos fríos y secos;
9. Deben existir pasamanos en baños, inodoros, vestidores y espacios de traslado;
10. Las puertas deberán ser de un mínimo de 90 cm de ancho, para que puedan ser abiertas con una sola mano y el batiente de la puerta hacia afuera;
11. En el caso de servicios alternativos que no se desarrollen en espacios específicamente instalados para el efecto, como casas barriales, locales municipales, estadios, coliseos, u otros, las instalaciones deberán prestar todas las condiciones de calidad, accesibilidad y seguridad para el adulto mayor.

✓ Estándar 2: Características de la atención domiciliaria

Para el cumplimiento adecuado de la atención domiciliaria y considerando que se realiza en los espacios familiares de las personas adultas mayores, los promotores incentivarán a las familias o cuidadores a cargo.

✓ Estándar 3: Espacio físico y equipamiento, en centros residenciales y diurnos

1. Estas unidades de atención deberán disponer de las siguientes áreas, espacios y equipamiento.
2. Área de administración y recepción, que disponga de mobiliario, equipamiento, y un ambiente funcional para la atención a los adultos mayores.
3. El espacio deberá permitir la circulación de silla de ruedas.

4. Área médica, enfermería y primeros auxilios: Deberá contar con equipamiento y botiquín básico para el diagnóstico y atención primaria a los adultos mayores.
5. Área de psicología y trabajo social: Está diseñada para brindar atención y control periódico, en un espacio adecuado y equipado para la consulta individual.
6. Área de fisioterapia y rehabilitación: Contará con los implementos, equipos y materiales indispensables para realizar el tratamiento de fisioterapia y rehabilitación.
7. Área para talleres-terapia ocupacional y recreativa: La unidad de atención deberá contar con un espacio multiuso donde llevar a cabo actividades ocupacionales como procesos terapéuticos, manualidades, juegos de mesa, trabajo manual, y actividades artísticas en general.
8. Área de cocina: Las áreas de cocina y comedor deben ser diferenciadas y sala de descanso, sin cruzarse con el área de evacuación de desechos, cumpliendo además con las normas y estándares establecidos por la Secretaría de Riesgos y el Cuerpo de Bomberos.
9. Área de alimentación-comedor: Debe estar en espacios iluminados, ventilados, confortables y adecuados y contar con el mobiliario y equipamiento que permita la provisión de alimentos a personas adultas mayores.
10. Espacio para material de aseo: Contará con estanterías para guardar utensilios y material de limpieza.
11. Servicios higiénicos: Deberán contar con un baño, lavabo, inodoro y ducha con agarraderas. En lo posible una ducha teléfono, un timbre. Los servicios higiénicos deberán ser diferenciados entre hombres y mujeres, usuarios y personal. En áreas

comunes deberá haber un lavabo e inodoro y contar con un espacio o biombo que permita preservar la intimidad del adulto mayor al momento de vestirlo o cambiarlo de ropa.

12. Salida de emergencia y evacuación: Debe estar ubicada conforme a las disposiciones del Cuerpo de Bomberos y Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos. Como el ejemplo del anexo 5
13. Área de descanso: Los centros diurnos deben contar con un área de descanso para personas adultas mayores.
14. Servicios básicos: Las unidades de atención dispondrán de servicios básicos de agua potable, energía eléctrica, teléfono, internet y sistema de eliminación de aguas residuales y desechos.
15. Conducta o padecimientos mentales propios de la edad, deberán contar con un espacio físico independiente en el que exista una estación de enfermería para su cuidado, sala de recuperación y consultorio médico y psicológico.

- ✓ Estándar 4: Espacio físico y equipamiento de los espacios alternativos de recreación, socialización y encuentro.

Los espacios en esta modalidad deberán cumplir con las siguientes especificaciones y características técnicas:

1. Espacio de administración y recepción, que disponga de una mesa de despacho y recepción a las personas adultas mayores, que ofrezcan una bienvenida cálida y seguridad.

2. El espacio de uso múltiple para actividades físicas, recreativas y culturales es entendido como multiuso donde llevar a cabo actividades ocupacionales como manualidades, juegos de mesa, expresiones artísticas en general; deberá contar con el equipamiento, mobiliario y materiales necesarios y suficientes de acuerdo con las actividades a realizar; considerar un espacio para el material didáctico.
3. Espacio exterior con áreas verdes y patios para momentos de esparcimiento y descanso.

2.1.2.3.5.3 Estándares de Resultados

- ✓ Estándar 1: Plan de gestión de riesgos, emergencias y seguridad en los centros gerontológicos residenciales, diurnos y espacios alternativos.

1. Las unidades de atención gerontológicos residenciales deberán contar con un plan de gestión de riesgos enmarcado en las normas y disposiciones emitidas por el Ministerio de Inclusión Económica y Social, así como normativas afines estipuladas por otras instituciones sobre este tema (Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos, Ministerio de Salud, Cuerpo de Bomberos, Ministerio de Ambiente).

- ✓ Estándar 2: Optimización de recursos

Las unidades de atención gerontológicas realizarán una planificación anual y las articulaciones intersectoriales entre servicios en territorio para lograr una intervención integral en los servicios para personas adultas mayores.

✓ Estándar 3: Registro, expedientes y documentación.

Las unidades de atención gerontológicas están en la obligación de levantar expedientes de cada uno de los usuarios, en el que se hará constar de manera permanente las intervenciones realizadas con el adulto mayor en el que se pueda visibilizar los avances, la evolución del usuario, las prescripciones y toda novedad relacionada con su estado psicofísico. Expediente que estará bajo la responsabilidad del coordinador del centro y servicio.

✓ Estándar 4: Obligación de los Centros.

Las unidades de atención públicas y privadas que ejecuten o no servicios mediante convenios de cooperación, deberán asignar de manera obligatoria el equivalente al 5% de sus cupos de atención para acoger de manera gratuita a los adultos mayores que señale el MIES, previa coordinación y estudio socio económico. Para el efecto, es un requisito que los responsables de los centros reporten al MIES información respecto de sus plazas.

✓ Estándar 5: Permiso de funcionamiento

Las unidades de atención deberán contar con el permiso de funcionamiento actualizado otorgado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social.

✓ Estándar 6: Información y confidencialidad.

Las unidades de atención deberán contar con la documentación que proporcione el usuario, sus familiares o representantes legales al centro. Esta información es de

carácter privado y confidencial, por tanto, estará bajo la custodia y responsabilidad del coordinador del centro o servicio.

✓ Estándar 7: Integración de adultos mayores beneficiarios de la pensión no contributiva.

Las unidades de atención programarán espacios y actividades para atender en sus servicios a las personas adultas mayores que reciben la pensión no contributiva del MIES.

El Modelo de atención integral de la situación de salud en Ecuador; se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales mediante el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, ha implementado cambios estructurales en el sector salud para mejorar la infraestructura y el equipamiento en centros de salud y hospitales públicos y se ha fortalecido el manejo integral de salud con la política de gratuidad y coberturas de atención. La participación social, el enfoque intercultural como posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural y mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de su implementación bajo los principios de la estrategia de la APS renovada, y transformar el enfoque biologicista hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria como un derecho humano.

Hay niveles de atención que se refiere a la estructuración de los servicios de salud por el tipo A, B o C, en dependencia de su estructura y servicios que oferta.

Las redes integradas de salud: implican la articulación complementaria de instituciones y personas con el objetivo de garantizar el acceso universal de la población a servicios de salud, optimizando la organización y gestión en todos los niveles del sistema, para lograr calidad, eficiencia y oportunidad en los servicios de salud, articulándose funcionalmente con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

2.1.2.3.5.4 Estándares de calidad para el adulto mayor de Chile

Según el servicio nacional del adulto mayor Ministerio de desarrollo de Chile 2016 se evalúan los siguientes indicadores.

2.1.2.3.5.4.1 Indicadores de estructura

Para que los servicios del adulto mayor funcionen de manera correcta hay que valorar las dimensiones y características de la planta física, sus instalaciones, el equipamiento y la tecnología. Otros indicadores que se debe valorar son la adecuada formación de la planta de personal, los profesionales/personal-residente/usuario, sus horarios, entre otras dimensiones estructurales.

2.1.2.3.5.4.2 Indicadores de procesos

Son las actividades de atención a los usuarios, desde el punto de vista de los derechos humanos. Utilizando evidencia empírica de las mejores prácticas, los procedimientos se formalizan en protocolos o guías de atención o tratamiento.

2.1.2.3.5.4.3 Indicadores de resultados

Miden la situación del residente o usuario luego de aplicados los procedimientos con los recursos estructurales disponibles.

Tabla 4

Resumen de Indicadores, Estructura, Procesos y Resultados para el Adulto Mayor en Chile

TIPOS DE INDICADORES	CATEGORÍAS	CONTENIDO
Estructura	Planta Física	Dimensiones de estructura edilicia
	Seguridad y Confort	Mantenimiento, equipamiento
	Calidad de Vida	Facilidades de la estructura y el equipamiento para asegurar los derechos de los residentes a la intimidad, la privacidad, la autonomía, la libre circulación, entre otros derechos y dimensiones de la calidad de vida.
Procesos	Administración	planta completa en relación con los usuarios según niveles de dependencia, registros, tipo de contratación, quejas y reclamos, entre otras dimensiones
	Personal	Formación.
	Capacitación y formación.	Formación técnica y profesional de la planta, formación continua, estimulación del compromiso y cuidado de cuidadores, entre otras dimensiones.
	Rutinas técnicas y profesionales.	Rutinas del personal técnico y profesional para el funcionamiento del establecimiento y ante emergencias o catástrofes.
	Funcionamiento del establecimiento	

CONTINÚA

	Normas y procedimientos.	Normas de carácter general que pautan la participación de los residentes, los familiares y la comunidad.	
	Vida cotidiana y atención de los residentes	Modo de vida de residentes sin deterioro cognitivo.	Procedimientos que pautan la dinámica y la atención de los residentes.
	Cuidados complejos.	Atención de residentes con deterioro cognitivo o dependencia severa y total.	Procedimientos para la atención de los residentes con dependencia severa y total, incluyendo los cuidados paliativos y atención del final de la vida.
Resultados	mejoras en la calidad de vida	Más alto es mejor (con ajuste de riesgo).	Porcentaje de residentes que mejoran en dimensiones de calidad de vida.
	Adversos en la calidad de vida.	Más bajo es mejor (con ajuste de riesgo).	Porcentaje de residentes que empeoran en dimensiones de calidad de vida.

Fuente: (Valenzuela Maria&et all 2016)

Complementariamente se deben cumplir normas para el ingreso de los centros que nos pueden servir de referencia para el trabajo.

Obligaciones del adulto mayor Entregar de manera directa o por los familiares información que se requiera para la elaboración de fichas y poder evaluar de manera personalizada a cada uno de los integrantes.

Cumplir normas de régimen interno: Conocer y cumplir las normas de la organización

Cumplir normas de Convivencia: respetar las normas de convivencia y respeto mutuo, en particular los de dignidad y privacidad de todas las demás personas usuarias y profesionales de los servicios, así como el derecho de confidencialidad de la información , de no discriminación

por razón de sexo, orientación sexual, estado civil, edad, creencia, ideología, pertenencia a pueblos originarios, nacional lingüística, nivel económico, discapacidad física, psíquica o sensorial, o por cualquier razón personal o social.

Respeto a las instalaciones: respetar y utilizar correctamente los bienes inmuebles y las instalaciones de los centros de servicios sociales.

Respeto a Fechas: respetar las fechas y horas establecidas o acordadas para las prestaciones de servicios.

2.1.2.4 Programas del Adulto Mayor de otros países

A nivel mundial, la población mayor de 60 años se encuentra en aumento, lo que ha generado la preocupación de los países desarrollados y en vías de desarrollo, y hacen indispensable el diseño y ejecución de políticas y programas que brinden atención especial a esta población, debido a que la inactividad física se ha convertido en un problema de salud pública, siendo uno de los mayores factores de riesgo para muchas enfermedades.

En un estudio realizado en Chile se observó a la población general y adultos mayores, enfocado en mujeres mayores sanas de 65 a 75 años de edad, mediante un podómetro validan los beneficios del entrenamiento aeróbico y de fuerza por separado demostrando un efecto sobre la capacidad cardiorrespiratoria, el ejercicio de fuerza tiene su efecto sobre la función muscular y la combinación de estos ejercicios potencia los efectos sobre el rendimiento y la resistencia muscular, adaptadas a las características de cada usuario

Otro estudio realizado en la Universidad de Antioquia, Medellín - Colombia y el Instituto de Psicogerontología (Universidad de Erlangen-Nüremberg), un programa de estimulación cognitiva para población en riesgo de Alzheimer y adultos mayores entre Enero de 2005 y Junio 2007, se evaluaron 250 personas entre 30 y 60 años por neurología y neuropsicología, buscaba identificar los efectos de un método combinado de estimulación cognitiva y psicomotriz (SIMA®), sobre tres grupos poblacionales y sus respectivos grupos controles: portadores de la mutación E280A en la PS1, y no portadores inscritos en las investigaciones desarrolladas por el Grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia debido a que es una enfermedad asociada a la edad avanzada y es la principal causa de demencia afectando al paciente y la familia. Se concluye que los adultos mayores no se autovaloraron con menor CV que los portadores y los no portadores de la EAFP, especialmente en el área de la salud física y en la percepción del envejecimiento, lo cual concuerda con otros estudios realizados en la **misma** temática. La salud física sigue constituyendo uno de los factores más importantes e influyentes de la autovaloración de CV y de envejecimiento.

El estudio realizado en Buenos Aires Argentina, año 2015 publicado en la revista cubana de salud Pública denominado Actividades recreativas en Adultos Mayores internos en un hogar de ancianos, es un estudio cualitativo y correlacional en adultos mayores internos en el hogar "Santa Marta" en la ciudad de Mendoza, Argentina, durante los meses de agosto y septiembre de 2013. El universo fue 105 adultos y la muestra de 99 que aceptaron participar. Se aplicó un cuestionario y entrevista individual y las pruebas de Pearson y de Fisher para

analizar las actividades recreativas en relación con la edad, el sexo y el tiempo de estadía en la institución.

Las actividades fueron de tipo intramuros y extramural en especial los fines de semana cuando acudían los familiares y amigos y se realizan con la colaboración de especialistas y voluntarios. La mayoría prefirió las actividades externas como caminatas y excursiones, solo un 3% de ancianos no escogieron ninguna actividad para poder interactuar con sus familiares y amigos, evitando vivencias negativas.

2.1.2.5 Programas del Adulto Mayor en el Ecuador

Existen varios programas para el Adulto Mayor ubicados en la provincia de Pichincha, de los más destacados tenemos:

2.1.2.5.1 Programa del Adulto Mayor - ISSFA

Programa orientado a realizar acciones de promoción, prevención, participación y acompañamiento en el proceso del envejecimiento activo y saludable, ofreciendo alternativas a fin de mejorar sus condiciones estilo de vida.

El programa cuenta con un espacio físico habilitado y acondicionado ubicado en la Av. Rodrigo de Chávez, antiguo EX COSSFA SUR, dentro de las actividades que se realizan están, terapia ocupacional, desarrollo de destrezas, motricidad y estimulación de la memoria, así como eventos sociales, culturales y de vinculación con la comunidad.

Hay talleres de gimnasia, baile de salón, coro, manualidades, danza nacional, pintura, actividades recreativas como paseos y visitas a museos, redes de recreación (organización de campeonato deportivo, vóley - indor fútbol y 40 con la participación de las Asociaciones de Pensionistas a nivel nacional); conferencias (salud) y responsabilidad social (visitas a orfanatos, hospitales y asilos). (ISSFA-2012).

2.1.2.5.2 Programa del AM-Municipio de Quito

Existe el programa del Sistema Integral al Adulto Mayor, programa que se desarrolla dentro de la Administración del Alcalde, Mauricio Rodas (2015-2019), acuden más de 25.000 usuarios de manera gratuita, Los puntos se denominan: Centros de Experiencia del Adulto Mayor, CEAM: están ubicados en el Norte: CEAM NORTE: Calderón; La Delicia; Eugenio Espejo, en el sur: CEAM SUR: Quitumbe; Eloy Alfaro, en el centro CEAM CENTRO: Manuela Sáenz y en los valles CEAM VALLES: Los Chillos; Tumbaco dedicados a brindar atención en rehabilitación visual para tratar patologías visuales como cataratas, perigeo o glaucoma recurrentes en los adultos mayores. Fisioterapia para prevenir enfermedades. Cuenta con talleres de baile, música, manualidades, gastronomía, salidas turísticas, excursiones, se imparten ferias de capacitación a nivel superior y el primer catálogo de productos y servicios.

2.1.2.6 El Test Servqual aplicado al Programa Adulto Mayor

El Test Servqual es una herramienta que nos ayudará a determinar la percepción expectativa que tiene el usuario de la calidad de atención en los centros del Adulto Mayor IESS, el test que se basa en cinco dimensiones básicas de la calidad que son la fiabilidad,

seguridad o garantía, sensibilidad o capacidad de respuesta, empatía y, por último, elementos tangibles.

Como se describe a continuación en la imagen 3, la evaluación de los cinco campos del Test Servqual y sus dimensiones relacionados con la percepción y expectativa de la calidad que puede describir el usuario.

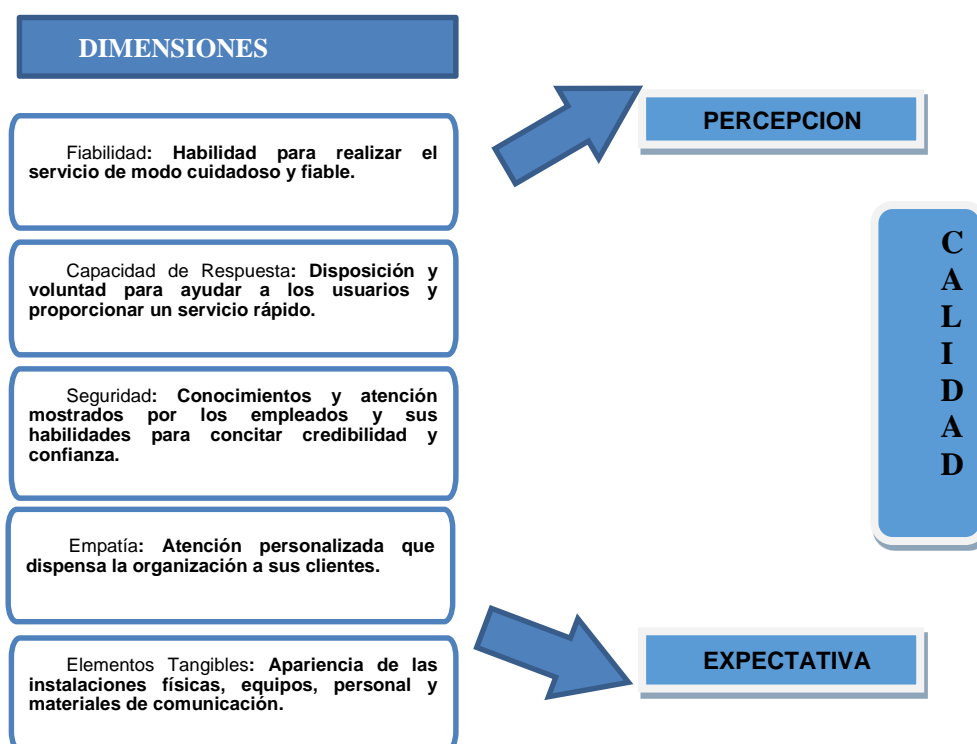


Figura 3. Evaluación del Test Servqual
Fuente: Barranco; et al. 200

2.1.2.7 Modelo Gavilán

Este método es muy trascendente para desarrollar proyectos de investigación y se divide en varios pasos:

Paso 1: Definir el Problema de Información y qué se necesita investigar para solucionarlo.

Se debe recopilar la información enfocándose en el problema y con parámetros claros para poder resolver la interrogante e identificar las necesidades dentro de un contexto.

Subpasos:

Paso 1: Plantear una Pregunta Inicial; Subpaso 1b: Analizar la Pregunta Inicial; Subpaso 1c: Construir un Plan de Investigación · Subpaso 1d: Formular Preguntas Secundarias; Subpaso 1e: Evaluación del Paso 1.

Paso 2: buscar y evaluar fuentes de información · Subpaso 2a: Identificar y seleccionar las fuentes de información más adecuadas · Subpaso 2b: Acceder a las fuentes de información seleccionadas · Subpaso 2c: Evaluar fuentes encontradas · Subpaso 2d: Evaluación Paso 2

Paso 3: analizar la información · Subpaso 3a: Elegir la información más adecuada para resolver las Preguntas Secundarias · Subpaso 3b: Leer, entender, comparar, y evaluar la información seleccionada · Subpaso 3c: Responder las Preguntas Secundarias · Subpaso 3d: evaluación del paso 3.

Paso 4: sintetizar la información y utilizarla · Subpaso 4a: Resolver la Pregunta Inicial · Subpaso 4b: Elaborar un producto concreto · Subpaso 4c: Comunicar los resultados de la investigación · Subpaso 4d: Evaluación del Paso 4 y del proceso.

La Guía sirve de mucha ayuda para poder manejar la información de manera adecuada y que sea utilizada de la mejor manera.

2.1.2.7.1 Temas y actividades de aprestamiento para desarrollar (CMI)

Las competencias en el manejo de la información nos sirven para desarrollar destrezas específicas de como buscar, analizar y sintetizar información, mediante la utilización del Modelo Gavilán

La manipulación de la información es importante reconocerla con el mejor criterio para escoger la información de alta calidad, confiabilidad y utilidad y desarrollar habilidades puntuales y de esta manera resolver problemas de información y alcanzar los objetivos propuestos por cada investigador, al final se deben realizar cuestionarios de cumplimiento.

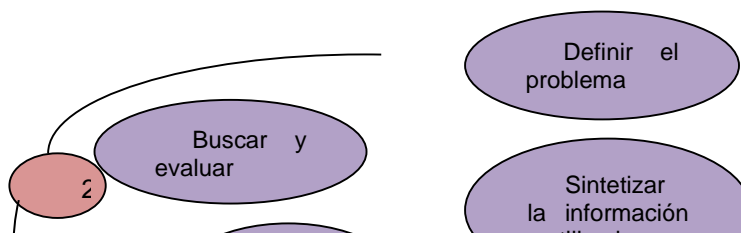




Figura 4. Resumen Método Gavilán
Fuente: EDUTEKA, 2016

2.2 Marco Teórico Conceptual

Actividades de la Vida Diaria (AVD).- Son actividades del diario vivir de una persona para subsistir y cuidarse: son básicas, son actividades que la persona realiza de manera independiente como alimentarse, asearse, vestirse, moverse, ir al baño sin ayuda. Instrumentales requieren instrumentos y la persona tiene una vida social mínima con dependencia de otra.

Accesibilidad.- La facilidad con que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos y culturales. En todo caso es importante saber si llega a quién la necesita y cuando la necesita. Un indicador importante en relación a la accesibilidad es la cobertura; crónicos, vacunación, número de llamadas realizadas para poder pedir cita, tiempos en ser citados para una determinada consulta, para una intervención quirúrgica, etc.

Adulto Mayor.- El adulto mayor se define como la persona que tiene más de 65 años, según la Organización mundial de la salud “6 de noviembre 2014; Ginebra advierte de que, a menos que los sistemas de salud encuentren estrategias efectivas para abordar los problemas de una población mundial en proceso de envejecimiento, la creciente carga de enfermedades crónicas afectará enormemente a la calidad de vida de las personas mayores.” (OMS, 2014)

Alzheimer.- Enfermedad neurodegenerativa, actúa a nivel sistémico, es irreversible; llamada así en honor a Alois Alzheimer en 1907, causa principal de demencia senil. Síntomas producidos: trastornos de la memoria, cognitivos y del comportamiento. Es lento insidioso y progresivo.

Apoyo Psicosocial.- Proceso entre personas que proporcionan asistencia material, financiera y afectiva, con un vínculo temporal y reciprocidad. Son personas organizadas de ayuda.

Autocuidado.- Actividades que realizan en conjunto con la familia, comunidad, para mantener o promover la salud.” Implica cambios de estilos de vida desarrollada por actividades, que fortalezcan la salud física o psíquica.

Centros de Atención al Adulto Mayor.- Son Centros diurnos con espacios alternativos de recreación, socialización y encuentro de personas mayores de 65 años, cuya infraestructura debe cumplir con las características apropiadas.

Ciclo Vital.- Son las etapas del individuo en estadios, períodos o fases con cambios y transformaciones y requieren aceptación y adaptación: la niñez, adolescencia, edad adulta y la vejez.

Calidad científico-técnica o competencia profesional.- Capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existente para abordar los problemas de salud. Es la dimensión que mejor se entiende y más frecuentemente se mide, significa atender de forma científica las necesidades sanitarias.

Eficacia.- La probabilidad de beneficio que pueda proporcionar a los individuos la aplicación de determinada tecnología en condiciones ideales de uso.

Efectividad: La probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones de uso normales, es decir, la medida en la que una determinada práctica sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe. • **Eficiencia:** Es el máximo de efectividad al mínimo coste. Se asume que a mayor eficiencia mayor calidad.

Satisfacción.- Se define como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultantes cumplen con las expectativas del usuario. Se trata de tener en cuenta la manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello. Entre los subcomponentes que tiene la satisfacción debemos referirnos como mínimo a tres cuestiones:

Trato recibido.- Empatía, información veraz, en términos comprensibles, etc. Es un hecho probado que un mejor trato personal produce mayor satisfacción. Por eso la satisfacción se relaciona de forma directa con lo que se denomina el arte de la atención, es decir con conseguir establecer una comunicación efectiva con los pacientes.

Test Servqual.- Es una metodología que muestra un modelo de evaluación del usuario sobre la calidad de servicios que recibe mediante una valoración en escala de Likert (1-5) de

la expectativa que tiene los empleados hacia la empresa y la percepción del usuario sobre la atención de calidad recibida.

2.3 Categoría de Investigación

La investigación se categoriza como Descriptiva-Observacional debido a que el investigador se dedica exclusivamente a observar el objeto de estudio de forma natural sin que haya manipulación o control, limitándose a anotar los eventos más no a modificarlos.

2.4 Trabajos relacionados (Estado del Arte)

En un artículo publicado en la revista Cielo, donde intervienen las universidades de las Fuerzas Armadas ESPE y universidad Central del Ecuador con el tema: Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor, se investiga a 20 adultos mayores de Centro San José N° 1 en Conocoto, en los meses de marzo-agosto del 2015 con la aplicación del Test de Rosenberg, antes y después de aplicado durante seis meses un programa de actividades físico-recreativas diseñadas según gustos y preferencias de la muestra estudiada, la cual evalúa el autoestima de los Adultos Mayores fue dividido en unidades de trabajo:

Unidad 1: Actividades Recreativas para desarrollar motricidad fina y gruesa por medio de actividades físico recreativas de tipo manual.

Unidad 2: Desarrollo del equilibrio y el control postural de los adultos mayores a través de ejercicios adaptados con el fin de disminuir el riesgo de caídas.

Unidad 3: Coordinación y Equilibrio en el adulto mayor a través de ejercicios sencillos y adaptados a las posibilidades del adulto mayor.

Unidad 4: Actividades físico-recreativas para desarrollar equilibrio y coordinación (equilibrio), mediante actividades físico-recreativas en esencia.

Unidad 5: Coordinación óculo-pie, mano, mediante diferentes ejercicios.

Unidad 6: Equilibrio y memoria mediante actividades físico-recreativas.

Unidad 7: Atención Concentración por medio de actividades lúdicas para contribuir a la calidad de vida del adulto mayor.

Unidad 8: Fuerza; por medio de actividades físico-recreativas para evitar futuras caídas.

Para desarrollar el contenido de cada unidad se priorizo el método de juego representado en lo fundamental por actividades físico-recreativas. Por otra parte, se implementa diversas reuniones recreativas para la muestra socialice integralmente su Autoestima sea esta alta, media o baja. (Santiago & all, 2016)

En la Universidad del Azuay Escuela de Derecho tema de tesis: Los Derechos de los Adultos Mayores en la Constitución del Ecuador, donde abarcan temas relacionados a las necesidades que tiene el adulto mayor en el sector de la salud y que a pesar de tener un seguro social no se suplen todas las necesidades y solo el 21% de los adultos mayores se encuentran afiliados. Sin embargo, se han creado programas relacionados con el fin de mejorar y nombran leyes internacionales y del país. Un tema muy importante es la jubilación para los adultos

mayores afiliados a IESS, es a los 60 años de edad con 30 de aportaciones, si tiene 70 años con 10 años de aportación y podrán cobrar una pensión vitalicia. A nivel de Cuenca existe un convenio con la facultad de Medicina donde se ejecutan proyecto de salud integral.

Uno de los problemas que mencionan en la investigación es acerca de las enfermedades que aquejan al adulto mayor entre las que describen a la diabetes, demencias, cardiovasculares, óseas y catastróficas.

Los programas que realiza el IESS Cuenca, están enfocados en la salud física y mental (gimnasia, yoga y talleres); en la alimentación (cocina saludable); actividades preventivas de salud mental (psicólogo), educación y capacitación gerontológica (conferencias, cursos y seminarios), actividades para el tiempo libre, integración social y participación y la creación de redes locales.

Otro tema relacionado con la investigación es una tesis realizada en la ciudad de Guayaquil con el tema: Análisis de la Inclusión Social de los Adultos Mayores en la ciudad de Guayaquil. Relacionado a la erradicación de las desigualdades, de la exclusión, la discriminación o violencia de cualquier tipo; así como las nuevas formas de esclavitud materializadas en la trata y tráfico de personas, la violencia intrafamiliar, la explotación sexual, el trabajo infantil, la mendicidad y otros flagelos que atentan contra la dignidad humana.

2.5 Trabajos relacionados a nivel Internacional.

En la ciudad de San José de Costa Rica, se llevó a cabo la ejecución de varios programas relacionados a la calidad de vida del Adulto Mayor tomando como un aspecto importante la actividad económica, el sedentarismo, la alimentación y enfermedades crónicas, sin embargo, mostró que las personas mayores no cuentan con suficientes recursos económicos para satisfacer en forma adecuada sus necesidades básicas; en contraparte los que están institucionalizados, experimentan sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas por los centros y tiene mayores factores de riesgo. **Villalobos (2014)**.

En San José de Costa Rica, se investigó sobre las personas mayores que vivían con su familia y eran atendidos en el centro diurno aportando una ayuda económica o de intervención en alguna tarea doméstica agrícola entre otras. Estos sujetos se mostraron más activos, participativos y se mantuvieron ocupados en diferentes tareas.

En el campo específico de Costa Rica, algunas de las investigaciones realizadas en calidad de vida y adulto mayor es posible citar las desarrolladas por **Céspedes y col. (1987)**, en la que se señalaron que existen carencias de tipo afectivo por falta de interacción social, contacto social y problemas de movilización bastante acentuados. Es decir, que los niveles de actividad física son importantes predictores de los índices de calidad de vida de este grupo etario.

El propósito del estudio (validación del programa de calidad al adulto mayor) fue conocer la relación entre las variables autonomía, soporte social, salud mental (depresión y estado mental) y actividad física (frecuencia semanal, tiempo diario de la actividad, disfrute),

considerando diferencias de género y edad, determinar el motivo principal para realizar la actividad física y el beneficio de acuerdo al género.

Por lo tanto, y de acuerdo con los resultados se determinó que la relación entre todas las variables de calidad de vida y la actividad física semanal tanto en hombres como en mujeres, presentaron relaciones significativas entre autonomía y la actividad física semanal; es decir, que entre más actividad física hacían por semana, mejores niveles en autonomía presentaban; destacándose que, al tener más personas asistentes a centros diurnos, son más independientes

En general los adultos perciben un sentimiento de bienestar, fortalecido por ser personas independientes y funcionales; en los hombres se presentó además relación significativa entre autonomía y estado mental; tomando en cuenta que son personas más participativas y activas, lo que les permite en su salud mental enfrentar de manera exitosa y satisfactoria su vida.

Villalobos (2014),

Un artículo realizado en Chile refiere que la esperanza de vida en este país es a 75 años para los hombres y 80 años para las mujeres. Por eso, atender los requerimientos de los adultos mayores representa un significativo reto para los profesionales de la salud y la sociedad en general. Requiere promover la actividad física, especialmente en la tercera edad, intentando aumentar la proporción de personas adultas que realizan ejercicio físico de forma regular, al menos 30 minutos al día, preferiblemente todos los días, disminuyendo al máximo la población sedentaria.

El ejercicio cumple un rol fundamental en la calidad de vida del adulto mayor permite la continuidad de la fuerza y la movilidad, proporciona un sueño sin interrupciones, mejora el estado de ánimo, previene algunas enfermedades y genera ambientes recreativos.

Entre los beneficios de la actividad física están:

- Disminuye el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares
- Mejora el perfil de los lípidos en sangre
- Mejora la regulación de la glucemia y disminuye el riesgo de padecer Diabetes Mellitus tipo 2.

Mellitus tipo 2.

- Mejora la digestión y el ritmo intestinal.
- Disminuye el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer.
- Incrementa la utilización de la grasa corporal y mejora el control del peso.
- Mejora la imagen personal
- Mantiene y mejora la fuerza. Mejora la resistencia muscular, incrementando la capacidad funcional para realizar otras actividades físicas de la vida diaria.
- Mantiene la estructura y función de las articulaciones.
- Mejorar la calidad del sueño.
- Permite compartir una actividad con la familia y amigos.
- Ayuda a liberar tensiones y mejora el manejo del estrés.
- Ayuda a combatir y mejorar los síntomas de la ansiedad y la depresión.
- Aumenta el entusiasmo y el optimismo.
- Ayuda a combatir los factores (obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia, etc.) que favorecen el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

- Mejora su calidad de vida y aumenta su capacidad para vivir de forma independiente.

Ayuda a controlar y mejorar la sintomatología y el pronóstico en numerosas enfermedades crónicas (Cardiopatía isquémica, Hipertensión arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva

Crónica, Obesidad, Diabetes Mellitus Tipo 2, Osteoporosis, etc.)

La reducción del repertorio motor, junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan descoordinación y torpeza motriz.

Algunas características de la actividad física en América son:

- Las tres cuartas partes de adultos no llevan una vida activa.
- La actividad física disminuye con la edad.
- Las mujeres tienden a ser más inactivas que los hombres.
- Las poblaciones de escasos ingresos son más inactivas físicamente. **(Fabio, 2007).**

En México existen pocos estudios relacionados sobre evaluación de la función física y mental de los adultos mayores que realizan ejercicio, de ahí la importancia de evaluar la funcionalidad física y mental con relación al ejercicio e identificar la eficacia de los programas de ejercicio individual para fortalecer las capacidades residuales y la realización de actividades de la vida diaria en las personas mayores.

Unidad 5: Coordinación óculo-pie, mano, mediante diferentes ejercicios.

Unidad 6: Equilibrio y memoria mediante actividades físico-recreativas.

Unidad 7: Atención Concentración por medio de actividades lúdicas para contribuir a la calidad de vida del adulto mayor.

Unidad 8: Fuerza; por medio de actividades físico-recreativas para evitar futuras caídas.

Para desarrollar el contenido de cada unidad se priorizo el método de juego representado en lo fundamental por actividades físico-recreativas. Por otra parte, se implementan diversas reuniones recreativas para que la muestra se socialice integralmente así su Autoestima sea esta alta, media o baja. **(Santiago & all, 2016)**

En el artículo la capacidad de caminar en el entorno vecinal y la calidad de vida relacionada con la salud entre los adultos mayores en Hong Kong año 2017, donde participaron 340 adultos mayores con edad media de 74,4 años, 107 eran hombres y el resto mujeres, las comunidades urbanas es un estudio transversal donde se relaciona el ambiente, la capacidad de caminar, la infraestructura del suelo, la conectividad de las calles, las colinas y barreras físicas, donde se observó una asociación significativa con la salud física luego de ajustar la edad y el sexo y la mayoría de los participantes percibieron su estado de salud como "bueno" (73.2%); aproximadamente el 40% de los participantes notaron que raramente se ejercitaban en la vida diaria. **(Scopus) (Pak-KwongChungh, 2017; pag:183, 184).**

El artículo *The effect of the ProBalance Programme on health-related quality of life of community-dwelling older adults: A randomised controlled trial* (El efecto del Programa ProBalance sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores que viven en la comunidad: un ensayo controlado aleatorio de Portugal), donde se evaluó la eficacia de

un programa de rehabilitación ProBalance en la calidad de vida de los adultos mayores, que viven en la comunidad con problemas de equilibrio e investigar si los efectos difieren entre los grupos de edad y / o los componentes de la CVRS. Es un ensayo controlado aleatorio, simple ciego, incluyó adultos mayores que vivían en la comunidad, de 65 a 85 años de edad, con trastornos del equilibrio, se asignaron al azar a un grupo de intervención (IG) o un grupo de control (CG). Un programa de rehabilitación incluyó marcha, equilibrio, entrenamiento funcional, fortalecimiento, flexibilidad y entrenamiento en 3D. Se realizó una intervención de grupo durante un período de 12 semanas (sesiones de 90 minutos, 2 días por semana). Un grupo de control recibió instrucciones para mantener sus actividades habituales durante el mismo período. La CVRS de los participantes se evaluó mediante el cuestionario SF-36. Como resultados se encontró una tendencia para una mayor CVRS en el IG en comparación con el GC y una interacción significativa del grupo con el tiempo, con aumentos significativamente mayores en la CVRS de la prueba previa a la prueba posterior en comparación con el CG. “fueron independientes del grupo de edad (joven-viejo versus viejo-viejo) y del componente de CVRS (físico vs. mental). Concluyendo que “el programa ProBalance tuvo un efecto benéfico en la CVRS de adultos mayores que viven en la comunidad, que se realizó en adultos jóvenes y adultos y no solo en la CVRS física sino también en la mental”. **(Scopus) (Gouveia, Bruna, 2017 pag: 27,28,29).**

Depression and quality of life in older adults: Mediation effect of sleep quality Depresión y calidad de vida en adultos mayores: mediación de la calidad del sueño; publicado en la revista International Journal of Clinical and Health Psychology realizado en Portugal acerca de la insuficiencia del sueño, es un gran problema y aqueja a más del 45% a nivel mundial, sobre

todo a nivel de los adultos mayores y está directamente relacionada con la depresión y con la calidad de vida, se tomó una muestra de 187 ancianos portugueses residentes en la comunidad. Se realizaron estadísticas descriptivas y de análisis, se presentó características de salud y una duración adecuada del sueño que actuó como mediador entre la depresión y la calidad de vida en adultos mayores, se requiere realizar intervenciones para minimizar los impactos en la salud. Además, se necesitan más investigaciones sobre la prevención primaria de la calidad del sueño relacionada con la depresión. **(Scopus) (Brandolyn Becker; 2018 pags:10,11,14,15).**

Developing and testing a model of quality of life among chronically-ill, community-dwelling older adults: A structural equation model (Desarrollar y probar un modelo de calidad de vida entre adultos mayores con enfermedades crónicas y que viven en comunidades: un modelo de ecuación estructural).

Artículo desarrollado en Filipinas en el año 2017 y probó un modelo de calidad de vida (QoL) entre adultos mayores con enfermedades crónicas y que viven en la comunidad. Es un estudio transversal de 304 adultos mayores, enfermos crónicos y residentes en comunidades rurales seleccionadas en Filipinas. Se le realizó encuesta con el perfil sociodemográfico, la Escala de evaluación de espiritualidad, el Perfil de autocuidado de la hipertensión y el Cuestionario de autocontrol de la diabetes, y la Calidad de vida de las personas mayores. Como resultado se obtuvo el 29.00% de la calidad de vida, generando un buen modelo ($\chi^2 / df = 1.44$, RMSEA = 0.038 y PNFI = 0.64). La espiritualidad ($\beta = 0,34$, $p < 0,01$) fue el predictor más fuerte de la calidad de vida, mientras que la satisfacción de la comunidad tuvo efectos directos

($\beta = 0,26$, $p < 0,01$) e indirectos ($\beta = 0,08$, $p < 0,01$). El autocontrol de la enfermedad directamente ($\beta = 0.15$, $p = 0.016$) influyó en la calidad de vida. En contraste, la cronicidad más larga y el tamaño familiar más grande deterioran la calidad de vida. Se concluyó que la calidad de vida de los adultos mayores que viven en la comunidad y que padecen enfermedades crónicas es un constructor de salud multifacético, influenciado por los aspectos sociodemográficos, el autocontrol de las enfermedades, la satisfacción de la comunidad y la espiritualidad. Formar grupos con personas mayores de la comunidad socialmente activas y programas de autocuidado basados en la comunidad, se pueden abordar las necesidades de los adultos mayores. (Scopus) **(M.Buco, 2018; pag 263, 264,265)**.

The Relationship between Physical Health and Psychological Well-Being among Oldest – Old Adults (La relación entre la salud física y el bienestar psicológico entre los adultos mayores). Estudio realizado en Georgia, Estados Unidos en el año 2011 con el objetivo de evaluar la relación entre la salud física y el bienestar psicológico entre los adultos de mayor edad, se analizó 306 octogenarios y centenarios del Estudio de Centenarios de Georgia, se observó el deterioro de la salud física en las personas que presentaron enfermedades pasadas y presentes, hospitalización y exámenes alterados de hemoglobina y albúmina. Estos resultados resaltan el estado y las percepciones de la salud como un indicador crítico para el bienestar en la vejez extrema. (Scopus) **(Cho, 2011; pag 2,3,4,5)**

CAPÍTULO III

3.1 Metodología de Investigación

3.1.1 Enfoque de investigación:

La investigación se realizará para medir la calidad de la infraestructura y atención de la población adulto mayor que acude a los centros ambulatorios, administrados por el IESS en la provincia de Pichincha, debido a que es una población vulnerable y se encuentra en aumento, y es un reto para el sector de la salud debido al gasto que implica la atención por las enfermedades crónico degenerativas.

3.1.1.1 Población:

Todos los usuarios Adultos Mayores de 65 años de edad que asisten a los programas administrados por el IESS en: Naciones Unidas, Batan, Amazonas, Benalcázar, San Juan,

Itchimbia, Villa Flora, Sur Occidental, Eloy Alfaro, la Ecuatoriana, Sangolquí, Amaguaña, y Uyumbicho, año 2017.

Debido a la gran cantidad de Centros Ambulatorios se segmentó en tres sectores acorde a la ubicación y a los tipos de centros, que representen la mayoría de talleres realizados en los mismos a nivel norte se tomó como referencia al Centro de Atención Ambulatoria Naciones Unidas, en el sur se tomó en cuenta al Centro de Atención Ambulatoria Chimbacalle y en el centro denominado Centro De Atención Ambulatoria Benalcázar.

En la tabla 4 se describe a los usuarios que acuden a realizar las actividades de manera mensual en el Centro Naciones Unidas de cultura física donde tenemos gimnasia de 16 grupos y 475 usuarios con un porcentaje de un 33,7% otra actividad es el yoga de 9 grupos y 349 usuarios con un porcentaje de 24,7%; otra actividad es el taichí de 6 grupos y 164 usuarios con un porcentaje de 11,6%; otra actividad es el baile de 9 grupos y 420 usuarios con un porcentaje de 29,8%.

Tabla 4

CAAM Cultura Física Naciones Unidas

TALLERES	No DE GRUPOS	No DE USUARIOS	PORCENTAJE
Gimnasia	16	475	33,74%
Yoga	9	349	24,79%
Taichi	6	164	11,65%
Baile	9	420	29,83%

Total	40	1408	100%
--------------	-----------	-------------	-------------

En la tabla 5, se describe a los usuarios que acuden a realizar las actividades de manera mensual en el Centro Naciones Unidas de Actividades Artísticas donde tenemos danza de 2 grupos y 138 usuarios con un porcentaje de un 54,98% otra actividad es la guitarra de 4 grupos y 60 usuarios con un porcentaje de 23,90%; otra actividad es el teatro de 1 grupo y 18 usuarios con un porcentaje de 7,17%; otra actividad es la literatura de 1 grupo y 35 usuarios con un porcentaje de 13,94%;

Tabla 5

CAAM Naciones Unidas

TALLERES	No DE GRUPOS	No DE USUARIOS	PORCENTAJE
Danza	2	138	54,98%
Guitarra	4	60	23,90%
Teatro	1	18	7,17%
Literatura	1	35	13,94%
Total	8	251	100,00%

En la tabla 6, se observa los usuarios que acuden a realizar las actividades en el Centro Naciones Unidas de Actividades Artesanales, donde tenemos solamente tejido y manualidades de 1 grupo de 35 usuarios con un porcentaje de un 56,45%.

Tabla 6*CAAM (Centro Ambulatorio del Adulto Mayor) Naciones Unidas*

TALLERES	No DE GRUPOS	No DE USUARIOS	PORCENTAJE
Tejido y manualidades	1	35	56,45%
Pintura	1	27	43,55%
Total	8	62	100,00%

En la tabla 7, se describe a los usuarios que acuden a realizar las actividades en el Centro Naciones Unidas de Actividades Cognitivas, donde tenemos Estimulación a la memoria de 6 grupos de 136 usuarios con un porcentaje de un 100%

Tabla 7*CAAM (Centro Ambulatorio del Adulto Mayor) Naciones Unidas*

TALLERES	No DE GRUPOS	No DE USUARIOS	PORCENTAJE
Estimulación a la memoria	6	136	100%
Total	6	136	100%

Nuevos Usuarios: Se han inscrito 40 nuevos usuarios, además de los talleres, existen clubes de recreación y deporte que son grupos fijos sin instructor. Los clubes no forman parte del programa, pero utilizan sus instalaciones para sus actividades.

En la tabla 8, se describe a los usuarios que acuden de manera mensual a los clubes de recreación en el Centro Naciones Unidas, donde tenemos Club de Música, conformado por 2 grupos de 25 usuarios con un porcentaje de un 8,93%; juegos de salón de 6 grupos y 40 usuarios con un porcentaje de 14,29%; otro club es el vóley de 3 grupos con 150 usuarios con un porcentaje de 53,57% y el club cognitivo de 2 grupos con 65 usuarios con un porcentaje de 23,21%;

Tabla 8

Clubes de Recreación y Deporte CAAM Naciones Unidas

CLUBES	No DE GRUPOS	No DE USUARIOS	PORCENTAJE
Club de Música	2	25	8,93%
Juegos de Salón	6	40	14,29%
Vóley Club	3	150	53,57%
Club Cognitivo	2	65	23,21%
Total	13	280	100%

3.1.1.1 Muestra CAAM Naciones Unidas

A usuarios entre las edades de 65 a 75 años de edad, pertenecientes al programa del Adulto Mayor (Actividades Físicas, Actividades Cognitivas, Actividades Artesanales) administrado por el IESS, ubicado en los sectores de: Naciones Unidas.

El cálculo de la muestra se realizó en base a la fórmula de estudios descriptivos: asistieron el día de la encuesta 323

$$n = \frac{(de)^2 \times [p (1-p)]}{(e)^2}$$

Descripción de la fórmula:

- n = tamaño de la muestra requerido
- de = nivel de fiabilidad de 95 % (valor estándar de 1.96)
- p = prevalencia estimada
- e= margen de error de 5 % (valor estándar de 0.05)

Desarrollo de la fórmula:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times [323 (1-)] (0,05)^2}{(0,05)^2}$$

n= 176 usuarios de Naciones Unidas

En la tabla 10, se describe los usuarios que acuden de manera mensual a realizar las actividades en el Centro de Atención al Adulto Mayor Chimbacalle, donde tenemos actividades de cultura física gimnasia número de grupos 5 con 621 usuarios con un porcentaje de 64,49%, yoga grupos de 2 con 80 usuarios con un porcentaje de 8,3%; taichí grupos de 2 con 80 usuarios con un porcentaje de 8,3%; bailoterapia grupos de 2 con 155 usuarios con un porcentaje de 16,10%; baile de salón grupos de 1 con 27 usuarios con un porcentaje de 2,8 %.

En total acuden a esta actividad 963 usuarios.

Tabla 9

CAAM (Centro Ambulatorio del Adulto Mayor) Chimbacalle

TALLERES	No DE GRUPOS	No DE USUARIOS	PORCENTAJE
Gimnasia	5	621	64,49%
Yoga	2	80	8,31%
Taichí	2	80	8,31%
Bailoterapia	2	155	16,10%
Baile de salón	1	27	2,80%
Total	12	963	100%

Otra actividad es Actividades artísticas Tabla 11, donde se realiza lo siguiente: danza número de grupos 3 con 52 usuarios con un porcentaje de 30,59%, coro grupos de 2 con 51 usuarios con un porcentaje de 30 %; Guitarra grupos de 2 con 67 usuarios con un porcentaje de 39,41%; en total acuden a esta actividad 170 usuarios de manera mensual.

Tabla 10

CAAM (Centro Ambulatorio del Adulto Mayor) Chimbacalle

TALLERES	No DE GRUPOS	No DE USUARIOS	PORCENTAJE
Danza	3	52	30,59%
Coro	2	51	30,00%
Guitarra	2	67	39,41%
Total	7	170	100%

Otra actividad es Actividades artesanales como se indica en la Tabla 12 donde se realiza lo siguiente Manualidades número de grupos 6 con 146 usuarios con un porcentaje de 100%.

Tabla 11

CAAM Chimbacalle Actividades Artesanales

TALLERES	No DE GRUPOS	No DE USUARIOS	PORCENTAJE
manualidades	6	146	100%
Total	6	146	100%

Otra actividad es Actividades cognitivas, como se indica en la Tabla 13 donde se realiza Computación, número de grupos 4 con 20 usuarios con un porcentaje de 100%.

Tabla 12

CAAM Chimbacalle Actividades Cognitivas

TALLERES	No DE GRUPOS	No DE USUARIOS	PORCENTAJE
Computación	4	20	100%
Total	4	20	100%

Otras actividades adicionales al programa son los clubes, Tabla 14, donde se describe lo siguiente: Club de diabéticos, número de grupos 1 con 40 usuarios con un porcentaje de 21,05%, otro club es el de Vóley grupos de 20 con 150 usuarios con un porcentaje de 78,95 %, con un total de asistentes mensuales aproximadamente de 190.

Tabla 13.

Clubes CAAM Chimbacalle

CLUBES	No DE GRUPOS	No DE USUARIOS	PORCENTAJE
---------------	---------------------	-----------------------	-------------------

Diabéticos	1	40	21,05%
Vóley	20	150	78,95%
Total	21	190	100%

Acuden en sus propios medios de transporte a realizar el ejercicio programado por el instructor los días viernes de 8 a 12 am.

3.1.1.2 Muestra CAAM Chimbacalle

A usuarios entre las edades de 65 a 75 años de edad, pertenecientes al programa del Adulto Mayor (de la población mensual de 1489 usuarios se obtuvo 306), los pacientes que acuden diariamente son 236 pacientes, de los que se tomó la muestra para la realización de la encuesta.

El cálculo de la muestra se realizó con base a la fórmula de estudios descriptivos:

$$n = \frac{(de)^2 \times [p(1-p)]}{(e)^2}$$

Descripción de la fórmula:

- n = tamaño de la muestra requerido
- de = nivel de fiabilidad de 95 % (valor estándar de 1.96)
- p = prevalencia estimada
- e = margen de error de 5 % (valor estándar de 0.05)

Desarrollo de la fórmula:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times [236 (1-) (0,05)^2]}{(0,05)^2}$$

n= 146 usuarios de Chimbacalle

En la tabla 15, se describe a los usuarios que acuden a realizar las actividades en el Centro de Atención al Adulto Mayor Villaflores donde tenemos actividades de cultura física gimnasia número de grupos 5 con 268 usuarios con un porcentaje de 66,17% % yoga grupos de 2 con 30 usuarios con un porcentaje de 7,41%; baile de salón grupos de 1 con 77 usuarios con un porcentaje de 19,01% ; bailoterapia grupos de 1 con 30 usuarios con un porcentaje de 7,41% En total acuden a esta actividad 405 usuarios de manera mensual.

Tabla 14.

CAAM (Centro Ambulatorio del Adulto Mayor) Benalcázar

TALLERES	No DE GRUPOS	No DE USUARIOS	PORCENTAJE
Gimnasia	5	268	66,17%
Yoga	2	30	7,41%
Baile	1	77	19,01%
Bailoterapia	1	30	7,41%
Total	9	405	100,00%

Otra actividad es Actividades artísticas Tabla 16, donde se describe lo siguiente: danza número de grupos 1 con 14 usuarios con un porcentaje de 30,43%, coro grupos de 1 con 18 usuarios con un porcentaje de 39,13%, Guitarra grupos de 1 con 14 usuarios con un porcentaje de 30,43%, en total acuden a esta actividad 46 usuarios.

Tabla 15.*CAAM (Centro Ambulatorio del Adulto Mayor) Benalcázar*

TALLERES	No DE GRUPOS	No DE USUARIOS	PORCENTAJE
Danza	1	14	30,43%
Coro	1	18	39,13%
Guitarra	1	14	30,43%
Total	3	46	100%

Otra actividad es Actividades artesanales, Tabla 17, donde se describe lo siguiente:

Manualidades número de grupos 12 con 307 usuarios con un porcentaje de 67,8% y el grupo de cocina saludable grupos de 3 con 146 usuarios con un porcentaje de 32.2%, en total acuden a esta actividad 453 usuarios mensualmente.

Tabla 16.*CAAM (Centro Ambulatorio del Adulto Mayor) Benalcázar*

TALLERES	No DE GRUPOS	No DE USUARIOS	PORCENTAJE
Manualidades	12	307	67,8%
Cocina Saludable	3	146	32,2%
Total	15	453	100%

Otra actividad es Actividades cognitivas como se indica en la Tabla 18, donde se describe

Computación número de grupos 8 con 80 usuarios con un porcentaje de 100%.

Tabla 17.*CAAM (Centro Ambulatorio del Adulto Mayor) Benalcázar*

TALLERES	No DE GRUPOS	No DE USUARIOS	PORCENTAJE
Computación	8	80	100%
Total	8	80	100%

Otras actividades adicionales al programa son los clubes Tabla 19, donde se describe lo siguiente: Club de diabéticos número de grupos 1 con 40 usuarios con un porcentaje de 36.36%, otro club es el de juegos de salón grupos de 1 con 70 usuarios con un porcentaje de 63,64%, con un total de asistentes mensuales aproximadamente de 110.

Tabla 18

CAAM (Centro Ambulatorio del Adulto Mayor) Benalcázar

CLUBES	No DE GRUPOS	No DE USUARIOS	PORCENTAJE
Diabéticos	1	40	36,36%
juegos de Salón	1	70	63,64%
Total	2	110	100%

3.1.1.3 Muestra CAAM Benalcázar

A usuarios entre las edades de 65 a 75 años de edad, pertenecientes al programa del Adulto Mayor (de la población mensual de 1489 usuarios se obtuvo 306 mensual), diariamente acuden 250 usuarios en las diferentes actividades que es la población de donde se obtuvo la muestra.

El cálculo de la muestra se realizó en base a la fórmula de estudios descriptivos:

$$n = \frac{(de)^2 \times [250(1-p)]}{(e)^2}$$

Descripción de la fórmula:

- n = tamaño de la muestra requerido
- de = nivel de fiabilidad de 95 % (valor estándar de 1.96)
- p = prevalencia estimada
- e= margen de error de 5 % (valor estándar de 0.05)

Desarrollo de la fórmula:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times [250(1-p)]}{(0,05)^2}$$

n=152 usuarios de Benalcázar

3.1.2 Criterios de Inclusión y Exclusión

a) Criterios de inclusión

- Usuarios masculinos y femeninos ambulatorios mayores de 65 años que acuden a realizar actividades recreativas a los centros ambulatorios del Adulto Mayor administrados por el IESS provincia de Pichincha.

b) Criterios de exclusión

- Adultos mayores con trastornos cognitivos severos.

- Adultos mayores con discapacidad auditiva severa.
- Adultos mayores que no otorguen su consentimiento para el estudio.

3.1.3 Método de investigación

Para el presente proyecto de investigación, se utilizó el **MÉTODO GAVILÁN**; realizándose los siguientes pasos:

- **Paso 1:** Definimos el Problema de Información enfocado en la calidad de atención de los programas del Adulto Mayor administrados por el IESS, para analizar las normativas legales que ampara y da prioridad al adulto, calidad, estándares de calidad con parámetros claros para poder resolver la interrogante e identificar las necesidades dentro del contexto.
- **Paso 2:** Se realizó la búsqueda y selección de las fuentes de información teniendo en cuenta las de mejor contenido y más actuales.
- **Paso 3:** En base a una lectura comprendida se realizó la comparación y evaluación de la información más adecuada para resolver las preguntas secundarias
- **Paso 4:** Se sintetizó la información a ser utilizada para resolver la pregunta Inicial y poder elaborar un producto concreto y comunicativo de los resultados de la investigación del Proceso.

Como se evidencia en el anexo 1 el cuestionario de evaluación del método se cumplen todos los parámetros de la investigación.

3.1.4 Metodología de investigación

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal que incluyó a los pacientes adultos mayores de 60 años a los 75 años, que asisten a los programas del Adulto Mayor CAMM, administrados por el IESS de la provincia de Pichincha. Donde se segmentó en tres grupos, escogiendo a los centros ubicados uno al norte, sur y centro.

En la tabla 19 tenemos la operacionalización de las variables acorde a las dimensiones, indicadores, técnicas e instrumentos utilizados en la investigación realizada donde tenemos variables dependientes como eficiencia y satisfacción del usuario y las variables independientes; atención, estándares de calidad.

Tabla 19

Operacionalización de las variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Variable independiente 1. Atención del adulto mayor	Atención del servicio de los centros ambulatorios	Servicios brindados	Cartera de servicios	Tablas comparativas

Variable independiente 2. Estándares de calidad	Estándares de calidad De los entes reguladores y líderes	De estructura Procesos Resultados	Comparación con estándares nacionales e internacionales	Matrices Comparativas
Variable independiente 3. Recursos invertidos	Recursos destinados al programa del adulto mayor	Recursos humanos y Materiales	Fichas de inventario Nomina Estructura edilicia	Tablas de registro
Variable dependiente 4 Eficiencia	Programa de atención al adulto mayor	Gasto percapita	Inversión sobre población	Matrices
Variable dependiente 5 Satisfacción del usuario	Calidad del servicio al usuario	Percepción Expectativa	Encuestas	Cuestionario
Indicadores	Indicadores de servicios de atención al adulto mayor	De estructura Procesos Resultados	Comparación de indicadores	Matrices comparativos
Ente que interviene:	<i>CENTROS ADMINISTRADOS POR EL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL "IESS" DE LA PROVINCIA DE PICHINCHA.</i>			

3.1.5.1 Servicios de los CAAM

En la tabla 21 Acorde a la operacionalización de las variables se evidencia la cartera de servicios CAAM.

Tabla 20

Cartera de servicios en los Centros de Atención al Adulto Mayor CAAM

CENTROS DE ATENCIÓN ADULTO MAYOR	CARTERA DE SERVICIOS
✓ <i>NACIONES UNIDAS</i>	✓ EDUCACION AL ADULTO MAYOR SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
✓ <i>BATAN</i>	✓ EDUCACIÓN NUTRICIONAL DIRIGIDA A GRUPOS DE RIESGO METABOLICO
✓ <i>AMAZONAS</i>	✓ VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PERSONAS CON RIESGO NUTRICIONAL Y METABOLICO
✓ <i>BENALCAZAR</i>	✓ EDUCACION AL ADULTO MAYOR PARA EVITAR RIESGOS DE ACCIDENTES DENTRO Y FUERA DEL HOGAR
✓ <i>SAN JUAN</i>	✓ PREVENION DE CAIDAS
✓ <i>ITCHIMBIA</i>	
✓ <i>VILLA FLORA</i>	

✓ SUR OCCIDENTAL	✓ EDUCACION DE LOS DERCHOS DEL ADULTO MAYOR PREVENCIÓN DE MALTRATO
✓ ELOY ALFARO	✓ TALLERES SOBRE LA OTORGACIÓN DE PODERES Y PATRIMONIO DE HERENCIAS
✓ LA ECUATORIANA	
✓ SANGOLQUÍ	
✓ AMAGUAÑA	
✓ UYUMBICHO	
	PREVENCIÓN DEL DETERIORO FUNCIONAL Y MENTAL
	✓ GIMNASIA GENERAL DE MANTENIMIENTO
	✓ TAICHI YOGA BAILOTERAPIA CAMINATAS Y ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE
	✓ MOTRICIDAD FINA(MANUALIDADES)
	✓ ACTIVIDADES DE RECREACIÓN Y OCUPACIÓN ADECUADA DEL TIEMPO LIBRE (ARTISTICA, CORO, GUITARRA, DIBUJO PINTURA TEATRO
	✓ OCUPACIONALES (ENCUADERNACION, ELECTRICIDAD, CORTE Y CONFECCION
	✓ EDUCATIVAS (INGLES, LECTURA, COMPUTACIÓN,
	✓ PARTICIPACION SOCIAL (DIA DEL JUBILADO, DIA INTERNACIONAL DEL ADULTO MAYOR
	✓ ACTIVIDADES DE ESTIMULACION COGNITIVA (TALLERES DE PSICOEDUCACIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD MENTAL, AJEDRES, TALLERES DE AUTOESTIMA.
	ACTIVIDADES DE RECUPEACION FUNCIONAL Y MENTAL
	✓ VALORACION GERIATRICA INTEGRAL
	✓ GIMNASIA TERAPEUTICA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE
	✓ VALORACION Y SEGUIMIENTO A PERSONAS CN DETERIORO COGNITIVO
	✓ ESTIMUCION COGNITIVA DE ACUERDO A VALORACION GERIATRICA (PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y GRUPOS CN DETERIORO COGNITIVO MODERADO
	✓ PSCOTERAPIAS INDIVIDUALES Y GRUPALES DE ACUERDO A LA VALORACION GERIATRICA

En la tabla 23 Acorde a la operacionalización de las variables se evidencia los servicios brindados en los CAAM.

Tabla 21

Servicios brindados en los centros de Atención al Adulto Mayor CAAM

ORD	CENTROS DE ATENCIÓN ADULTO MAYOR	SERVICIOS BRINDADOS EN CADA CENTRO			
		ACTIVIDAD. FÍSICA	ACTIVIDAD. ARTÍSTICA	ACTIVIDAD ARTESANAL	ACTIVIDAD COGNITIVAS
1	NACIONES UNIDAS	Gimnasia, yoga, taichí, baile	Danza, guitarra, teatro, literatura	Tejido, manualidades, pintura	-----
2	BATAN	Gimnasia, yoga, taichí, baile			
3	AMAZONAS	Gimnasia baile de salón	Danza, música, guitarra pintura, artística	Jardinería	Computación

4	BENALCAZAR	Gimnasia, yoga, baile de salón, bailoterapia	Danza, coro, guitarra	Manualidades cocina saludable	Computación
05	SAN JUAN	Gimnasia			
6	ITCHIMBIA	Gimnasia			
7	VILLA FLORA	Gimnasia, yoga, taichí, baile, bailoterapia	Danza, coro, guitarra	Manualidades	CONTINÚA Computación
8	SUR OCCIDENTAL	Gimnasia, taichí, bailoterapia	Danza, coro	Manualidades	Computación
9	ELOY ALFARO	Bailoterapia			
10	LA ECUATORIANA	Gimnasia	Danza	-----	-----
11	SANGOLQUÍ	Gimnasia	-----	Manualidades	-----
12	AMAGUAÑA	-----	Danza	-----	-----
13	UYUMBICHO	-----	Danza		

En la tabla 22 Acorde a la operacionalización de las variables se evidencia los estándares nacionales e internacionales de los CAAM.

Tabla 22

Matrices Comparativas de los estándares de calidades nacionales e internacionales

ESTANDARES DE CALIDAD	NACIONALES MIESS	INTERNACIONALES
Estructura	Características físicas de los centros <ul style="list-style-type: none"> • las dimensiones y características de la planta física. • Las instalaciones, • equipamiento y la tecnología • Espacios amplios y seguros con cerramiento y vigilancia • Acceso vehicular para aprovisionamiento y emergencias • Los pisos deben ser de materiales antideslizantes, o contar con los protectores para prevenir caídas • Deben existir pasamanos en baños, inodoros, vestidores y espacios de traslado 	<ul style="list-style-type: none"> • Ubicación • tranquilidad del entorno • transporte • Accesibilidad(parqueaderos) • Instalaciones (dimensiones). • Equipamiento • Pisos • Baños • vestidores

Procesos	Administración Financiera Administración de Recursos Humanos	Gerenciales Administración Financiera Administración de Recursos Humanos Capacitación/docencia(instructores) ✓ Plan de gestión de riesgos, emergencias y seguridad en los centros gerontológicos residenciales diurnos y espacios alter
Resultado		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mejoramiento de la calidad ✓ Optimización de recursos ✓ Registro, expedientes y documentación ✓ Obligación de los centros ✓ Permiso de funcionamiento Información y confidencialidad

CONTINÚA

En la tabla 23 se evidencian los Recursos Humanos de los CAAM.

Tabla 23

Recursos Humanos del programa del adulto Mayor IEES

ORD	TALENTO HUMANO	ACTIVIDAD COGNITIVA	ACTIVIDAD FISICA	AREA ADMINISTRATIVA
01	COORDINADOR	--	--	01
05	INSTRUCTOR DE BAILE	--	01	--
06	INSTRUCTOR DE MANUALIDADES	01	--	--
07	INSTRUCTOR DE INFORMATICA	01	--	--
08	INSTRUCTOR DE PINTURA	01	--	--

En la tabla 24 se evidencian los Recursos Materiales que utilizan los centros del Adulto Mayor administrados por el IEES.

Tabla 24

Inventario Recursos Materiales Centro del Adulto Mayor IEES

ORD	RECURSO BIENES/INMUEBLES	ACTIVIDAD COGNITIVA	ACTIVIDAD FISICA	AREA ADMINISTRATIVA
01	ESCRITORIOS	--	--	01
02	MESAS DE TRABAJO (MADERA/METAL)	10	--	01
03	MESAS ESCRITORIO COMPUTADOR	5	--	--
05	LOKERS METALICOS	3	5	-

06	SILLAS OFICINA	--	--	03
07	SILLAS MADERA ERGONOMICAS	40	--	--
09	SILLAS PLASTICAS ERGONÓMICAS	50	--	--
10	COLCHONETA DE TATAMI	--	6	--
12	GABINETES DE MADERA EXHIBIDOR	05	--	--
13	ARCHIVADORES DE OFICINA	--	--	04

CONTINÚA 

En la tabla 25 se evidencia los Recursos Inventariados que utilizan los centros del Adulto Mayor administrados por el IESS.

Tabla 25

Inventario Equipos Centro del Adulto Mayor IESS

O RD	RECURSO EQUIPOS	ACTIVIDA D COGNITIVA	ACTIVID AD FISICA	AREA ADMINISTRATIVA
01	COMPUTADOR ESCRITORIO			03
02	COMPUTADORES BÁSICOS	06		

Presupuesto del Programa del adulto Mayor IESS

EL seguro de salud hará constar en su presupuesto anual las asignaciones para lograr el cumplimiento del plan del adulto mayor.

La distribución del presupuesto para la ejecución del programa Envejecimiento Activo es a nivel Nacional y se aplica las disposiciones legales y normas de control interno del IESS.

Se distribuye en 7 zonas de las 22 provincias de Pichincha que pertenecen a la zona 2 y está distribuida de la siguiente manera con la partida presupuestaria 52040102 como se indica en el instructivo del IESS, 2014 para los programas del adulto mayor.

El coordinador del CAAM deberá solicitar la certificación presupuestaria con la debida justificación y la planificación aprobada

Tabla 26

Partida Presupuestaria Pichincha Programa del Adulto Mayor

Recursos Humanos	Recursos Económicos	Recursos Materiales
Coordinador del CAAM		Arriendo de local
Instructores	213, 484, 00(2014)	Suministros de oficina
Guardias de Seguridad Profesionales para el desarrollo de talleres		Muebles y Enseres
conserjes		Implementos de limpieza
Capacitación Talleres culturales		
Capacitación Difusión		

Fuente: Instructivo IESS (2014).

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas que se utilizaron en la investigación fueron las siguientes:

1. **Encuestas.** - Se realizó la aplicación al personal de la muestra para obtener sus respuestas en relación a la calidad de atención y de infraestructura del programa del Adulto Mayor CAAM administrado por el IESS.
2. **Toma de información.** - Se aplicará para tomar información de libros, textos, normas y demás fuentes de información sobre la calidad de atención y estructura de los CAAM de la provincia de pichincha.

3. **Análisis documental.** - Se utilizará para evaluar la relevancia de la información sobre la calidad de atención y estructura de los Centros Administrados del IESS.

3.1.6 Los instrumentos que se utilizaron en la investigación fueron:

1. **Cuestionarios.** - Dicho instrumento contiene las preguntas de carácter cerrado por el poco tiempo que disponen los encuestados para responder sobre la investigación. Las preguntas y respuestas serán sobre la calidad, satisfacción, expectativas y percepción de la atención e infraestructura de los programas para el Adulto Mayor Administrados por el IESS en la provincia de Pichincha.
2. **Entrevistas.**- Se utilizaron determinar la información que realmente se va a considerar en la investigación sobre la calidad, satisfacción, expectativas y percepción en la atención e infraestructura de los programas para el Adulto Mayor Administrados por el IESS en la provincia de Pichincha.

3.1.7 Técnicas de procesamiento de datos

Se aplicaron las siguientes técnicas de procesamiento de datos:

1. **Ordenamiento y clasificación.** - Se aplicó para tratar la información cualitativa y cuantitativa en forma ordenada sobre la calidad, satisfacción, expectativas, y percepción de la atención e infraestructura de los programas para el Adulto Mayor Administrados por el IESS en la provincia de Pichincha, de modo de interpretarla y sacarle el máximo provecho.

2. **Registro Manual.** - Se aplicó para digitar la información de las diferentes fuentes sobre la calidad, satisfacción, expectativas y percepción de la atención e infraestructura de los programas para el Adulto Mayor Administrados por el IESS en la provincia de Pichincha.
3. **Proceso en Excel.**- Se aplicó para determinar diversos cálculos matemáticos y estadísticos de utilidad para la investigación relacionados con la calidad de atención e infraestructura de los CAAM administrados por el IESS en la provincia de Pichincha.

3.1.8 Técnicas de análisis de datos

Se aplicaron las siguientes técnicas:

1. **Análisis documental.** - Esta técnica permitió conocer, comprender, analizar e interpretar cada una de las normas, revistas, textos, libros, artículos de internet otras fuentes documentales relacionadas con la calidad humana y la mejora del trato al paciente en los hospitales del sector salud.
2. **Indagación.** - Esta técnica permitió la obtención de datos cuantitativos de cierto nivel de razonabilidad sobre la calidad de atención e infraestructura de los CAAM administrados por el IESS en la provincia de Pichincha.
3. **Conciliación de datos.** - Los datos de algunos autores fueron conciliados con otras fuentes, para que sean tomados en cuenta. Los temas a conciliarse giran alrededor de la calidad de atención e infraestructura de los CAAM administrados por el IESS en la provincia de Pichincha.
4. **Comprensión de gráficos.**- Se utilizó los gráficos para presentar información y para comprender la evolución de la información entre periodos, entre elementos y otros aspectos

sobre la calidad de atención e infraestructura de los CAAM administrados por el IESS en la provincia de Pichincha.

CAPÍTULO IV

4.1 Resultados

Se realizó mediante observación y encuestas de satisfacción al usuario de los CAAM en los Programas del Adulto Mayor Administrados por el IESS como anteriormente se hizo su descripción, es un programa aplicado a nivel nacional, sin embargo por motivo de estudio se realizó la descripción física segmentada a nivel de la ciudad de Quito (sur, centro y norte) tomando a los CAAM “más completos” o que disponen de una estructura para poner en marcha todas las actividades proyectadas en el programa y las salas, baños y dimensiones que tiene cada uno a nivel CAAM Chimbacalle, Benalcázar y Naciones Unidas.

4.1.1 Resultados de Observación de los CAAM Chimbacalle, Benalcázar y Naciones Unidas.

CAAM Chimbacalle.

El centro de Atención del Adulto Mayor Chimbacalle se encuentra ubicado en el sur de la ciudad de Quito en la avenida Alonso de Angulo Casitagua 170-121, con una superficie aproximada de 608.48 m², acuden los usuarios adultos mayores a realizar las actividades recreativas.

En la figura 4 se observa la ubicación del centro.



Figura 5 Centro de Atención Chimbacalle
Fuente: Google maps

4.1.1.1 Resultados de Observación de las salas y sus mediciones CAAM Chimbacalle

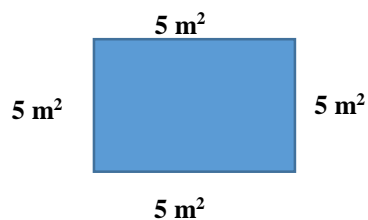
Descritos en la tabla 27

Tabla 27

Salas de Centro de Atención al Adulto Mayor Chimbacalle

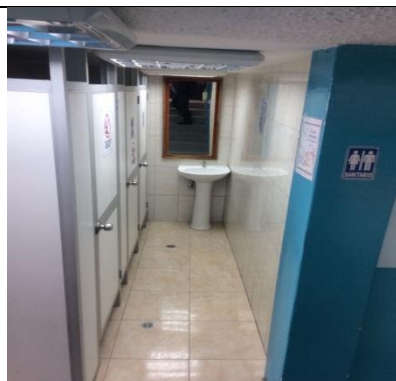
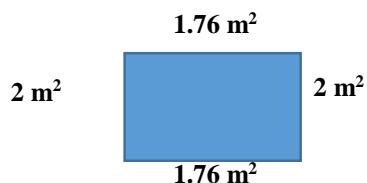
CAAM. CHIMBACALLE (SUR)

- **Sala de espera.**- capacidad para 10 personas.
- Sillas de plástico y bancas
- Piso antideslizante
- Iluminación natural y artificial.
- Cuadro informativo de actividades.

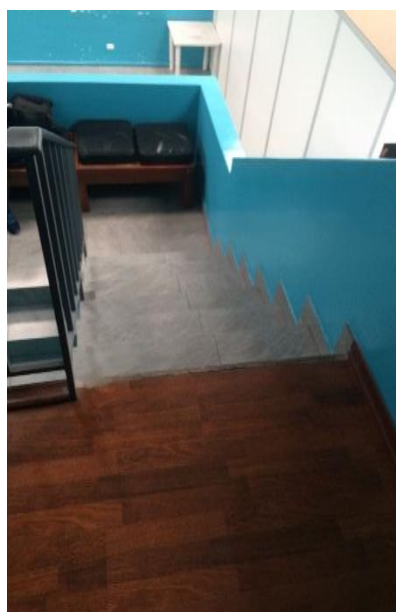
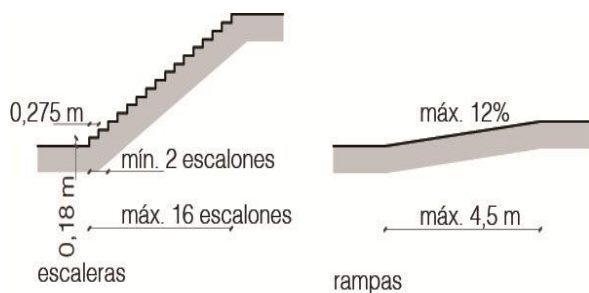


CONTINÚA

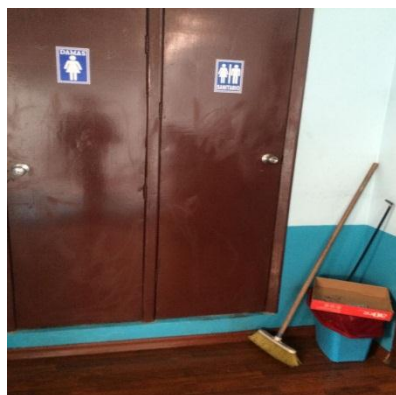
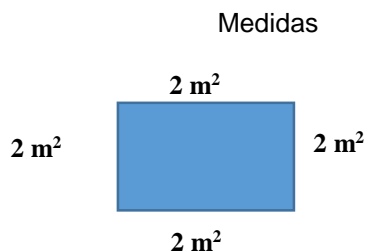
- **Sanitarios planta baja.-** modo unisex.
- Aseo adecuado
- Iluminación y ventilación normal.
- No existe sanitarios para personas con discapacidad en silla de ruedas.
- Piso cerámica antideslizante.



- **Acceso segundo piso.**
- Gradas con dimensiones adecuadas
- Cantidad de gradas adecuadas con descanso
- Gradas de cemento cubierto de vinilo y madera
- Pasamanos con dimensiones no adecuadas
- No existe Apoyabrazos con dirección de bajada.
- Iluminación adecuada.

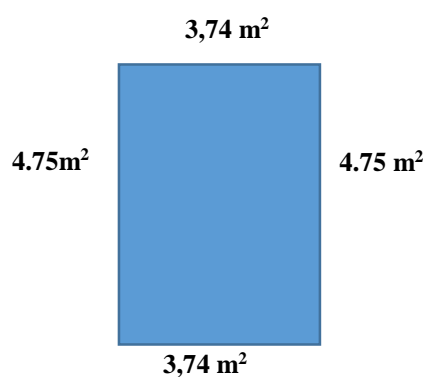


- **Sanitarios segundo piso.-**
- modo unisex
- Aseo adecuado
- Iluminación y ventilación normal.
- No existe sanitarios para personas con discapacidad en silla de ruedas.
- Piso cerámica antideslizante
- cerámica antideslizante.



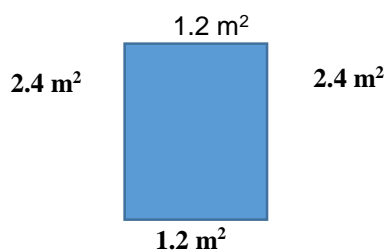
- **Salón de baile.-** capacidad para 30 personas en actividad.
- Piso antideslizante.
- Ventilación adecuada.
- Iluminación artificial y natural.
- Colores en armonía.
- Falta de cancelas
- Equipo de sonido adecuado.

Medidas de sala



- **Salón de manualidades en segundo.-** capacidad para 30 personas.
- Muebles (mesón y sillas) en estado regular.
- Iluminación artificial fluorescentes
- Piso de parquet en buen estado.
- Falta de ventilación.

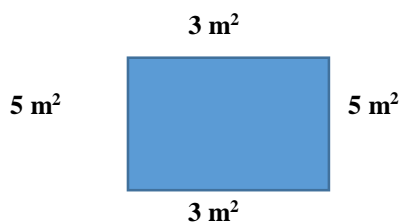
Medidas de sala



- **Salón de manualidades planta baja.-** capacidad para 30 personas.
- Muebles (mesón y sillas) en estado regular.
- Iluminación natural y artificial fluorescentes

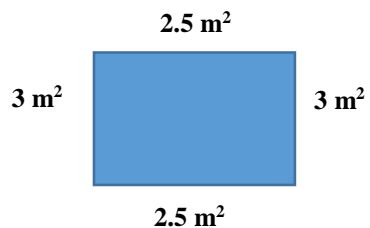
- Piso de cerámica buen estado.
- Ventilación en estado normal.

Medidas de Sala



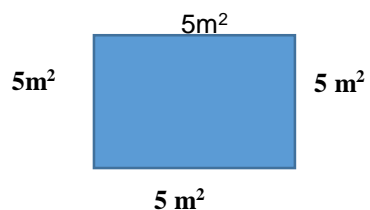
- **Salón de cómputo planta baja.-** capacidad para 06 personas.
- Muebles no adecuados.
- Iluminación artificial deficiente
- Piso de cerámica en buen estado.
- Falta de ventilación.

Medidas de Sala



- **Salón de memoria.-** capacidad para 40 personas.
- Muebles (mesones y sillas) en normal estado.
- Iluminación artificial y natural
- Piso de cerámica en buen estado.
- Ambiente ventilado.

Medidas de Sala



CAAM Benalcázar

El Centro de Atención Ambulatoria del Adulto Mayor Benalcázar se encuentra ubicado en el centro de la ciudad de Quito, en las calles Sebastián de Benalcázar y Olmedo. Tiene una superficie aproximada de 308.48 m².

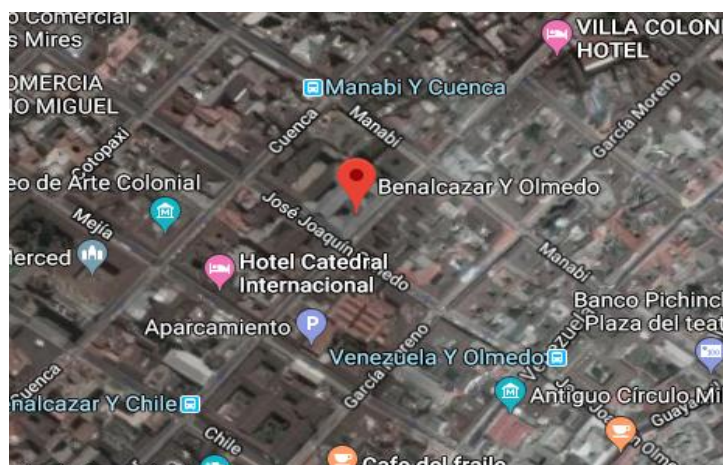


Figura 6. CAAM Benalcázar
Fuente://www.google.com.ec/maps

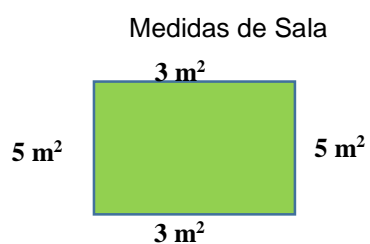
4.1.1.2 Resultados de Observación de las salas y sus mediciones CAAM Benalcázar.

Tabla 28.

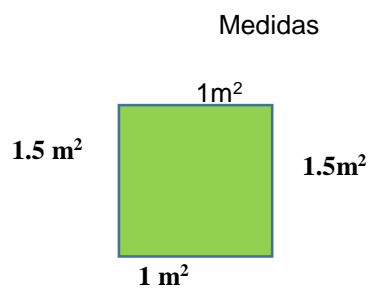
Centros de Atención del Adulto Mayor Benalcázar

CAAM. BENALCAZAR (CENTRO)

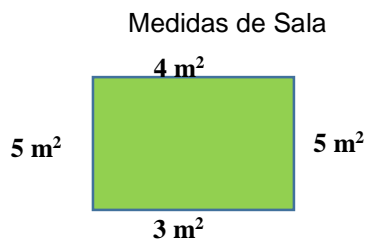
- **Sala de espera.**- capacidad para 10 personas.
- Sillas de plástico y bancas
- Piso antideslizante
- Iluminación natural y artificial.
- Cuadro informativo de actividades.



- **Sanitarios planta baja.**- modo unisex.
- Aseo adecuado
- Iluminación y ventilación normal.
- No existe sanitarios para personas con discapacidad en silla de ruedas.
- Piso tipo baldosa.

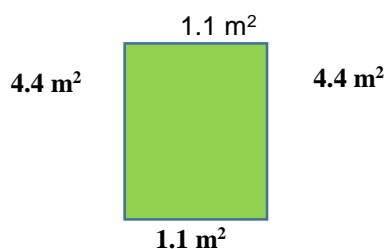


- **Salón de actividad artística.-** capacidad para 30 personas.
- Sillas en estado regular.
- Iluminación natural y artificial fluorescentes
- Piso de madera en estado regular.
- Ventilación en estado normal.

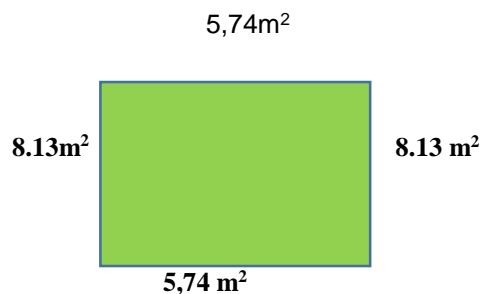


- **Salón de cómputo segundo piso.-** capacidad para 10 personas.
- Muebles (mesas y sillas) en estado regular
- Iluminación artificial deficiente.
- Piso de en buen estado.
- Falta de ventilación.

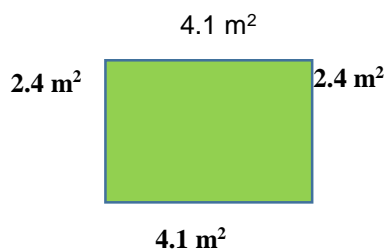
Medidas de sala



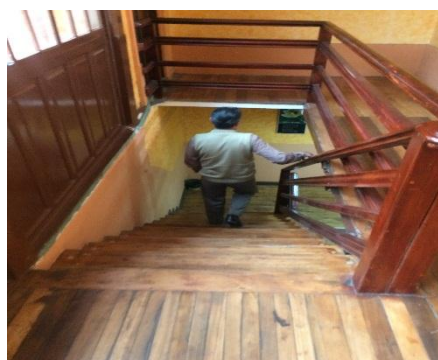
- **Salón de baile.-** capacidad para 40 personas en actividad.
- Piso antideslizante.
- Ventilación adecuada.
- Iluminación natural.
- Colores en armonía.
- Falta de cancelas
- Equipo de sonido adecuado.

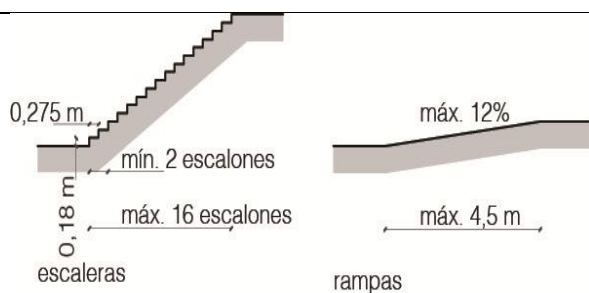
Medidas de sala

- **Salón de manualidades planta baja.-** capacidad para 40 personas.
- Muebles (mesón y sillas) en estado regular.
- Iluminación natural y artificial fluorescentes
- Piso de cerámica buen estado.
- Ventilación en estado normal.

CONTINÚA**Medidas de sala**

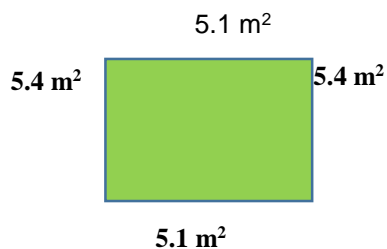
- **Acceso segundo piso.**
- Gradas con dimensiones adecuadas
- Cantidad de gradas adecuadas con descanso
- Material de madera
- Pasamanos con dimensiones adecuadas
- No existe Apoyabrazos con dirección de bajada.
- Iluminación adecuada.

**CONTINÚA**



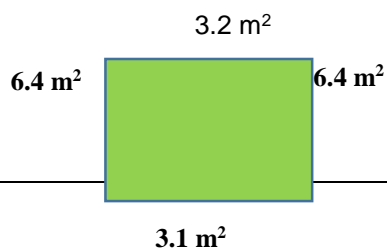
- **Salón de manualidades planta baja.-** capacidad para 40 personas.
- Muebles (mesón y sillas) en estado regular.
- Iluminación natural y artificial fluorescentes
- Piso de madera (duela) buen estado.
- Ventilación en estado normal.

Medidas de sala



- **Salón de manualidades planta alta.-** capacidad para 50 personas.
- Muebles (mesón y sillas) en estado regular.
- Iluminación natural y artificial fluorescentes
- Piso de madera (duela) buen estado.
- Ventilación en estado normal.

Medidas de sala



CONTINÚA

CAAM Naciones Unidas

EL Centro de Atención del Adulto Mayor Naciones Unidas se encuentra ubicado en el norte de la ciudad de Quito, en las calles Naciones Unidas y 10 de Agosto, tiene una superficie aproximada de 635,82 m² como se indica en el Figura 7.



Figura 7. Superficie total Centro de Atención Adulto Mayor Naciones Unidas

Fuente: <https://www.google.com.ec/maps/place/Sede+Social+del+IESS,+Quito>

4.1.1.3 Resultados de Observación de las salas y sus mediciones CAAM Naciones Unidas.

Como se indica en la tabla 29 se describe cada sala con sus respectivas características y mediciones existentes en el Centro de Adulto Mayor de las NN.UU, correspondientes.

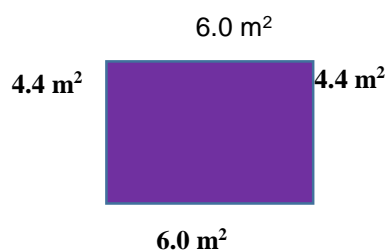
Tabla 29

Salas de los Centros de Atención del Adulto Mayor Naciones Unidas

CAAM. NACIONES UNIDAS (NORTE)

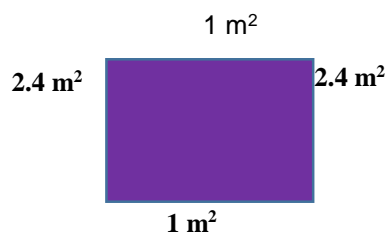
- **Sala de espera.**- capacidad para 18 personas.
- Sillas en buen estado
- Piso antideslizante
- Iluminación natural y artificial.
- Cuadro informativo de actividades.

Medidas de sala



- **Sanitarios planta baja.**- modo tanto para hombre como mujeres.
- Aseo adecuado
- Iluminación y ventilación normal.
- No existe sanitarios para personas con discapacidad en silla de ruedas.
- Piso tipo baldosa.

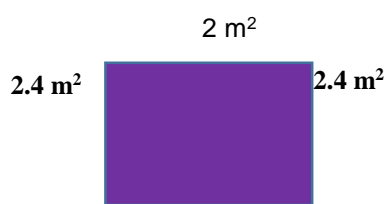
Medidas de sala



CONTINÚA

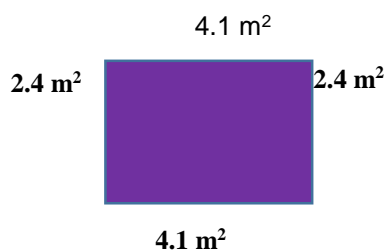
- **Sanitarios segundo piso.-** modo tanto para hombre como para mujeres.
- Falta de limpieza
- Iluminación y ventilación norma defectuosa.
- No existe sanitarios para personas con discapacidad en silla de ruedas.
- Perdida de accesorios
- Piso tipo baldosa.

Medidas



- **Salón de manualidades planta baja.-** capacidad para 40 personas.
- Muebles (mesón y sillas) en estado regular.
- Iluminación natural y artificial fluorescentes
- Piso de cerámica buen estado.
- Ventilación en estado normal.

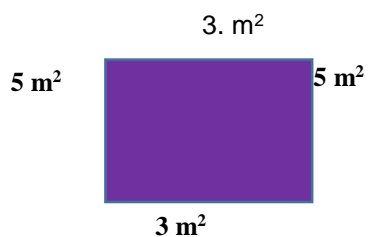
Medidas de sala



CONTINÚA

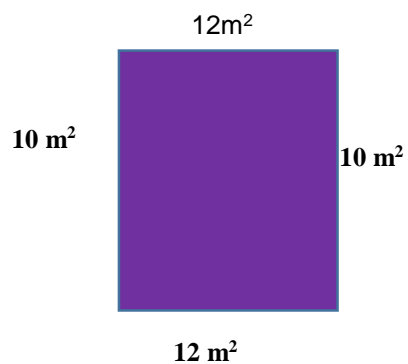
- **Salón de manualidades planta alta.-** capacidad para 20 personas.
- Muebles (mesón y sillas) en estado regular.
- Iluminación natural y artificial fluorescentes
- Piso de cerámica buen estado.
- Ventilación en estado normal.

Medidas de sala



- **Salón de baile (2DO PISO).-** capacidad para 60 personas en actividad.
- Piso flotante.
- Ventilación adecuada.
- Iluminación artificial y natural.
- Colores en armonía.
- Falta de cancelas
- Equipo de sonido adecuado.
- Sillas de plástico

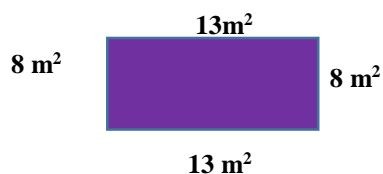
Medidas de sala



- **Salón de baile (PB).- capacidad para 70 personas en actividad.**

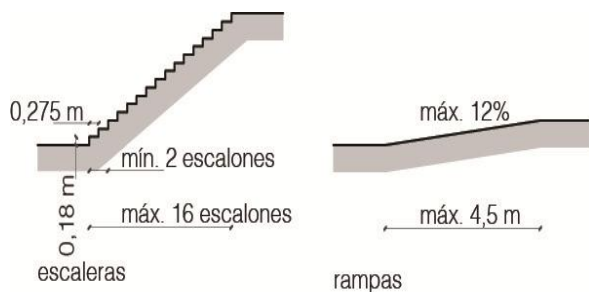
- Piso antideslizante.
- Ventilación adecuada.
- Iluminación artificial y natural.
- Colores en armonía.
- Falta de cancelas
- Equipo de sonido adecuado.
- Sillas de plástico

Medidas de sala



- **Acceso segundo piso.**

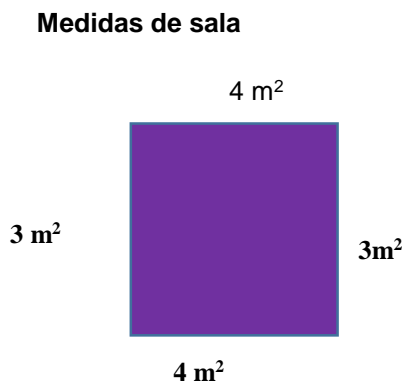
- Gradas con dimensiones adecuadas
- Cantidad de gradas adecuadas con descanso
- Material de cemento con revestimiento
- Pasamanos con dimensiones no adecuadas
- No existe Apoyabrazos con dirección de bajada.
- Iluminación adecuada.



CONTINÚA



-
- **Salón de actividad artística.-** capacidad para 25 personas.
 - Sillas en buen estado
 - Iluminación natural y artificial fluorescentes
 - Piso de madera en buen estado
 - Ventilación en estado normal.



La incipiente calidad de atención hace que exista desatención al ambiente estructural donde las instalaciones físicas establecidas para los adultos mayores, no cumplen con los mínimos necesarios exigidos en la atención integral que se requiere actualmente.

La calificación de Centros de Atención al Adulto Mayor referente a requisitos preliminares para aprobación y funcionamiento acorde a la observación de los tres centros Naciones Unidas, Benalcázar, Villaflora, como podemos observar tabla 30.

Tabla 30.

Requisitos para apertura de los CAAM administrados por el IESS a nivel nacional.

REQUISITOS	TODOS LOS CAAMS
1) Constancia de la Inscripción;	No cumple
2) Permiso de funcionamiento vigente a la fecha;	x
3) Documento de constitución, debidamente inscrito, si fuera el caso;	No cumple
4) Nombramiento del Representante Legal del establecimiento de salud, debidamente inscrito, si fuera el caso;	x
5) Copia a color certificada del Registro Único de Contribuyente –RUC-;	x
6) Original del certificado otorgado por el Servicio de Rentas Internas (SRI) de estar al día en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias;	x
7) Original del certificado del Instituto Nacional de Compras Públicas (INCOP) de no constar en el Registro de Proveedores Fallidos y Adjudicatarios Incumplidos;	x
8) Copia de los títulos de los profesionales y personal técnico;	x
9) Impresión del registro de los títulos en la SENESCYT;	x
10) Certificado de los Bomberos y Certificado de Salud Ocupacional	No Cumple

Fuente: ARSA;url <https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/07/23-05-2014-BOLETIN-ARCSA-ITINERANTE.pdf>

4.1.1.4 Verificación de Cumplimiento de Estándares MIES 2014 en Estructura, Talento Humano, Equipamiento, Procesos, administración y gestión de los CAAM Naciones Unidas, Chimbacalle y Benalcázar.

CAAM Naciones Unidas

En la tabla 31 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de estructura del CAAM Naciones Unidas.

Tabla 31.*Estándares de estructura CAAM Naciones Unidas*

ESTANDAR ESTRUCTURA MIES	CAAM NACIONES UNIDAS CUMPLIMIENTO
Espacios amplios y seguros con cerramiento y vigilancia	X
Acceso vehicular	x
Tener una sola planta	No Cumple
Piso de materiales antideslizantes	X
Áreas Verdes de recreación	x
Iluminación y ventilación natural, sin humedad	X
Deben existir pasamanos en baños, inodoros, vestidores y espacios de traslado	X
Las puertas deberán ser de un mínimo de 90 cm de ancho	No Cumple
Los techos deben ser de material durable, resistente, impermeable y sin goteras	X
Salida de emergencia y evacuación: Debe estar ubicada conforme a las disposiciones del Cuerpo de Bomberos y Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos.	X
Área de descanso: Los centros diurnos deben contar con un área de descanso para personas adultas mayores	X
Área de Administración	X
Área médica enfermería y primeros Auxilios	No Cumple
Área de psicología y trabajo social	No Cumple
Espacio exterior con áreas verdes y patios: Deben ser espacios amplios y seguros con cerramiento vigilancia y/o seguridad para evitar la salida no informada de las personas adultas mayores.	X
Servicios higiénicos: Deberán contar con un baño, lavabo, inodoro y ducha con agarraderas. En lo posible una ducha teléfono, un timbre. Los servicios higiénicos deberán ser diferenciados entre hombres y mujeres, usuarios y personal. En áreas comunes deberá haber un lavabo e inodoro y contar con un espacio o biombo que permita preservar la intimidad del adulto mayor al momento de vestirlo o cambiarlo de ropa	No Cumple
Área de Talleres de recreación	X

En la tabla 32 se evidencian los estándares MIESS en relación al talento humano del CAAM Naciones Unidas.

Tabla 32*Estándar Talento Humano CAAM Naciones Unidas*

ESTANDAR TALENTO HUMANO MIES	ADULTOS MAYORES	CAAM NACIONES UNIDAS
1 Coordinador	60	X
1 Facilitador	15	No cumple
1 profesional medico	10- 25	No cumple
1 psicólogo	30	No cumple
1 auxiliar de limpieza	15	No cumple

En la tabla 33 se evidencian los estándares MIES en relación a los estándares de Equipamiento del CAAM Naciones Unidas.

Tabla 33*Estándares de Equipamiento CAAM Naciones Unidas*

ESTANDAR EQUIPAMIENTO MIES	CAAM NACIONES UNIDAS CUMPLIMIENTO
Mesa de despacho y recepción	X
mobiliario y materiales necesarios y suficientes de acuerdo con las actividades a realizar	X

En la tabla N 34 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de Seguridad del CAAM Naciones Unidas.

Tabla 34*Estándares de Seguridad CAAM Naciones Unidas*

ESTANDAR SEGURIDAD MIES	CAAM NACIONES UNIDAS CUMPLIMIENTO
Plan de gestión de riesgos, emergencias y seguridad en los centros	No Cumple
Seguridad al momento de ingreso y salida del centro	X
Seguridad en salidas recreativas, turísticas, culturales	X
Seguridad en los traslados a servicios de salud regentados por el MSP.	No Cumple
Contar con protocolos definidos en caso fortuitos de extravío, pérdida o muerte del adulto mayor	No Cumple
Estar alejado de zonas vulnerables o bajo amenaza de alto riesgo de accidentes o eventos adversos previsibles, a menos de 100 metros	No Cumple
En el caso de los usuarios de los diversos servicios sobre los cuales se sospeche violencia o vulneración de derechos, el centro deberá activar la ruta de denuncia, referencia y realizar el acompañamiento y seguimiento del caso	No Cumple
Contar con el equipamiento de emergencia (extintores, alarmas, detectores de humo, señalética interna y externa)	No Cumple

En la tabla 35 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de procesos del CAAM Naciones Unidas.

Tabla 35*Estándares de Procesos CAAM Naciones Unidas*

ESTANDAR PROCESOS MIES	CAAM NACIONES UNIDAS CUMPLIMIENTO
Procesos de participación y promoción del envejecimiento positivo y ciudadanía activa	X
Procesos de participación del adulto mayor	X
Proceso de Fortalecimiento de vínculos afectivos	X
Protocolos de atención para adultos mayores	No Cumple
Proceso Prevención y detección del deterioro cognitivo y físico	No Cumple
Recuperación de conocimientos y saberes con actividades para la recuperación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos mayores para compartirlas con otros grupos generacionales.	X
Proceso socio-educativo capacitación dirigida a personas adultas mayores se programa desde su dimensión humana y considera el fomento de habilidades que necesitan para desarrollar su vida cotidiana.	X

En la tabla 36 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de administración y gestión del CAAM Naciones Unidas.

Tabla 36*Estándares de Administración y Gestión CAAM Naciones Unidas*

ESTANDAR ADMINISTRACION Y GESTION MIES	CAAM NACIONES UNIDAS CUMPLIMIENTO
Mejoramiento de la calidad se planificarán y programarán de manera semanal, mensual y anual sus actividades, documentarán y realizarán el seguimiento.	No Cumple
Optimización de recursos mediante planificación anual y las articulaciones intersectoriales entre servicios en territorio para lograr una intervención integral en los servicios para personas adultas mayores.	No Cumple
Registro, expedientes y documentación	X
Permiso de funcionamiento	
Las unidades de atención deberán contar con el permiso de funcionamiento actualizado otorgado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social	X

En la tabla 37 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de Salud del CAAM Naciones Unidas.

Tabla 37*Estándares de Salud CAAM Naciones Unidas*

ESTANDAR SALUD MIES	CAAM NACIONES UNIDAS CUMPLIMIENTO
Actividades de promoción y prevención en salud, alimentación y nutrición a través de estándares de alimentación, hidratación e higiene en consideración a las necesidades nutricionales, particularidades culturales, étnicas y hábitos de los usuarios.	X
Orientaciones para la salud	X

CONTINÚA



<p>Los centros residenciales y diurnos y atención domiciliar, orientarán a los cuidadores, promotores y familias sobre la presencia de alteraciones que ocurren en el envejecimiento (cognitivo, sensorial, motor, socio afectivo y lenguaje), realizando seguimiento y registro de evolución del usuario.</p>	
<p>Orientaciones para personas con discapacidad moderada y enfermedades prevalentes mantendrán un registro permanente con evaluación especializada de sus usuarios, en relación con discapacidades y enfermedades prevalentes para desarrollar planes de contingencia.</p>	X
<p>Planes de saneamiento de los centros residenciales y diurnos y los espacios alternativos de revitalización, recreación, socialización y encuentro, implementarán un plan de saneamiento básico orientado a garantizar condiciones higiénico-sanitarias</p>	No Cumple

Para realizar la calificación del Centro de Atención Naciones Unidas se utilizó 47 estándares:

Si Cumple con 27 estándares con un porcentaje de 57,4%

No Cumple con 20 estándares con un porcentaje de 42,5%

Donde la calificación optima va desde 90 al 100%, la calificación condicional va de 80 al 89% y no califica con menos del 79.99%, en la unidad Naciones Unidas no califica ya que tiene un puntaje de 57,4%. Indicado en la tabla 38.

Tabla 38

Tabulador de puntaje final CAAM Naciones Unidas

CALIFICACIÓN ÓPTIMA		CALIFICACIÓN CONDICIONAL		NO CALIFICA
Puntaje Máximo	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo	Puntaje Mínimo	
100%	90,00%	89,99%	80,00%	57.44%

CAAM Chimbacalle

En la tabla 39 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de Estructura CAAM Chimbacalle

Tabla 39

Estándares de Estructura CAAM Chimbacalle

ESTANDAR ESTRUCTURA MIES	CAAM CHIMBACALLE CUMPLIMIENTO
Espacios amplios y seguros con cerramiento y vigilancia	No cumple
Acceso vehicular	X
Tener una sola planta	No cumple
Piso de materiales antideslizantes	X
Áreas Verdes de recreación	X
Iluminación y ventilación natural, sin humedad	X
Deben existir pasamanos en baños, inodoros, vestidores y espacios de traslado	No cumple
Las puertas deberán ser de un mínimo de 90 cm de ancho	No cumple
Los techos deben ser de material durable, resistente, impermeable y sin goteras	X

CONTINÚA



Salida de emergencia y evacuación: Debe estar ubicada conforme a las disposiciones del Cuerpo de Bomberos y Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos.	No Cumple
Área de descanso: Los centros diurnos deben contar con un área de descanso para personas adultas mayores	X
Área de Administración	X
Área médica enfermería y primeros Auxilios	No cumple
Área de psicología y trabajo social	No cumple
Espacio exterior con áreas verdes y patios: Deben ser espacios amplios y seguros con cerramiento vigilancia y/o seguridad para evitar la salida no informada de las personas adultas mayores.	X
Servicios higiénicos: Deberán contar con un baño, lavabo, inodoro y ducha con agarraderas. En lo posible una ducha teléfono, un timbre. Los servicios higiénicos deberán ser diferenciados entre hombres y mujeres, usuarios y personal. En áreas comunes deberá haber un lavabo e inodoro y contar con un espacio o biombo que permita preservar la intimidad del adulto mayor al momento de vestirlo o cambiarlo de ropa	No cumple
Área de Talleres de recreación	X

En la tabla 40 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación al talento humano CAAM Chimbacalle.

Tabla 40

Estándar Talento Humano CAAM Chimbacalle

ESTANDAR TALENTO HUMANO MIES	N.- ADULTOS MAYORES	CAAM CHIMBACALLE cumplimiento
1 Coordinador		x
1 Facilitador	15	No cumple
1 profesional medico	10- 25	No cumple
1 psicólogo	30	No cumple
1 auxiliar de limpieza	15	No cumple

CONTINÚA



En la tabla 41 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de Equipamiento CAAM Chimbacalle.

Tabla 41

Estándares de Equipamiento CAAM Chimbacalle

ESTANDAR MIES	CAAM CHIMBACALLE CUMPLIMIENTO
Mesa de despacho y recepción	X
mobiliario y materiales necesarios y suficientes de acuerdo con las actividades a realizar	No cumple

En la tabla 42 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de Seguridad del CAAM Chimbacalle

Tabla 42

Estándares de Seguridad CAAM Naciones Unidas

ESTANDAR SEGURIDAD MIES	CAAM CHIMBACALLE CUMPLIMIENTO
Plan de gestión de riesgos, emergencias y seguridad en los centros	No Cumple
Seguridad al momento de ingreso y salida del centro	X
Seguridad en salidas recreativas, turísticas, culturales	X

CONTINÚA



Seguridad en los traslados a servicios de salud regentados por el MSP.	No Cumple
Contar con protocolos definidos en caso fortuitos de extravío, pérdida o muerte del adulto mayor	No cumple
Estar alejado de zonas vulnerables o bajo amenaza de alto riesgo de accidentes o eventos adversos previsibles, a menos de 100 metros	No cumple
En el caso de los usuarios de los diversos servicios sobre los cuales se sospeche violencia o vulneración de derechos, el centro deberá activar la ruta de denuncia, referencia y realizar el acompañamiento y seguimiento del caso	No Cumple
Contar con el equipamiento de emergencia (extintores, alarmas, detectores de humo, señalética interna y externa)	No Cumple

En la tabla 43 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de procesos del CAAM Chimbacalle

Tabla 43
Estándares de Procesos CAAM Chimbacalle

ESTANDAR PROCESOS MIES	CAAM CHIMBACALLE CUMPLIMIENTO
Procesos de participación y promoción del envejecimiento positivo y ciudadanía activa	X
Procesos de participación del adulto mayor	X
Proceso de Fortalecimiento de vínculos afectivos	No Cumple

CONTINÚA



Protocolos de atención para adultos mayores	No Cumple
Proceso Prevención y detección del deterioro cognitivo y físico	No Cumple
Recuperación de conocimientos y saberes con actividades para la recuperación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos mayores para compartirlas con otros grupos generacionales.	X
Proceso socio-educativo capacitación dirigida a personas adultas mayores se programa desde su dimensión humana y considera el fomento de habilidades que necesitan para desarrollar su vida cotidiana.	X

En la tabla 44 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación con los estándares de administración y Gestión del CAAM Chimbacalle.

Tabla 44

Estándares de Administración y Gestión CAAM Chimbacalle

ESTANDAR ADMINISTRACION Y GESTION MIES	CAAM CHIMBACALLE CUMPLIMIENTO
Mejoramiento de la calidad se planificarán y programarán de manera semanal, mensual y anual sus actividades, documentarán y realizarán el seguimiento.	No Cumple
Optimización de recursos mediante planificación anual y las articulaciones intersectoriales entre servicios en territorio para lograr una intervención integral en los servicios para personas adultas mayores.	No Cumple

CONTINÚA 

Registro, expedientes y documentación	X
Las unidades de atención deberán contar con el permiso de funcionamiento actualizado otorgado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social	X

En la tabla 45.- se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de Salud del CAAM Chimbacalle.

Tabla 45

Estándares de Salud CAAM Chimbacalle

ESTANDAR SALUD MIES	CAAM CHIMBACALLE CUMPLIMIENTO
Actividades de promoción y prevención en salud, alimentación y nutrición a través de estándares de alimentación, hidratación e higiene en consideración a las necesidades nutricionales, particularidades culturales, étnicas y hábitos de los usuarios.	X
Los centros residenciales y diurnos y atención domiciliar, orientarán a los cuidadores, promotores y familias sobre la presencia de alteraciones que ocurren en el envejecimiento (cognitivo, sensorial, motor, socio afectivo y lenguaje), realizando seguimiento y registro de evolución del usuario.	No cumple
Orientaciones para personas con discapacidad moderada y enfermedades prevalentes mantendrán un registro permanente con evaluación especializada de sus usuarios, en relación con discapacidades y enfermedades prevalentes para desarrollar planes de contingencia.	No Cumple
Planes de saneamiento de los centros residenciales y diurnos y los espacios alternativos de revitalización,	No Cumple

CONTINÚA 

recreación, socialización y encuentro, implementarán un plan de saneamiento básico orientado a garantizar condiciones higiénico-sanitarias

Para realizar la calificación del Centro de Atención Chimbacalle se utilizaron 47 estándares, donde:

Si Cumple con 20 estándares con un porcentaje de 42,5%

No Cumple con 27 estándares con un porcentaje de 57,4%

Donde la calificación optima va desde 90 al 100%, la calificación condicional va de 80 al 89% y no califica con menos del 79.99%, en la unidad Chimbacalle no califica ya que tiene un puntaje de 42,5%, como se indica en la tabla 46.

Tabla 46

Tabulador de puntaje final CAAM

CALIFICACIÓN ÓPTIMA		CALIFICACIÓN CONDICIONAL		NO CALIFICA
Puntaje Máximo	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo	Puntaje Mínimo	
100%	90,00%	89,99%	80,00%	42,5%

CAAM BENALCÁZAR

En la tabla 47 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de Estructura CAAM Benalcázar.

Tabla 47

Estándares de Estructura CAAM BENALCAZAR

ESTANDAR MIES	CAAM Benalcázar CUMPLIMIENTO
Espacios amplios y seguros con cerramiento y vigilancia	No cumple
Acceso vehicular	No cumple
Tener una sola planta	No cumple
Piso de materiales antideslizantes	No cumple
Áreas Verdes de recreación	No cumple
Iluminación y ventilación natural, sin humedad	No cumple
Deben existir pasamanos en baños, inodoros, vestidores y espacios de traslado	No cumple
Las puertas deberán ser de un mínimo de 90 cm de ancho	No cumple
Los techos deben ser de material durable, resistente, impermeable y sin goteras	No cumple
Salida de emergencia y evacuación, ubicados conforme a las disposiciones del Cuerpo de Bomberos y Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos.	X
Área de descanso: Los centros diurnos deben contar con un área de descanso para personas adultas mayores	X
Área de Administración	X
Área de psicología y trabajo social	No cumple
Espacio exterior con áreas verdes y patios: Deben ser espacios amplios y seguros con cerramiento vigilancia y/o seguridad para evitar la salida no informada de las personas adultas mayores.	No cumple
Servicios higiénicos: Deberán contar con un baño, lavabo, inodoro y ducha con agarraderas. En áreas comunes deberá haber un lavabo e	No cumple

CONTINÚA



inodoro y contar con un espacio o biombo que permita preservar la intimidad del adulto mayor al momento de vestirlo o cambiarlo de ropa

Área de Talleres de recreación

X

En la tabla 48 se evidencian los estándares MIES en relación al talento humano acorde al cumplimiento de la norma CAAM Benalcázar

Tabla 48

Estándar Talento Humano CAAM Benalcázar

ESTANDAR MIES	ADULTOS MAYORES	CAAM IESS cumplimiento
1 Coordinador		x
1 Facilitador	15	No cumple
1 profesional medico	10- 25	No cumple
1 psicólogo	30	No cumple
1 auxiliar de limpieza	15	No cumple

En la tabla 49 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de Equipamiento CAAM Benalcázar

Tabla 49

Estándares de Equipamiento CAAM Benalcázar

ESTANDAR MIES	CAAM BENALCAZAR CUMPLIMIENTO
Mesa de despacho y recepción	No Cumple
Mobiliario y materiales necesarios y suficientes de acuerdo con las actividades a realizar	No cumple

CONTINÚA

En la tabla 50 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de Seguridad del CAAM Benalcázar.

Tabla 50*Estándares de Seguridad CAAM Benalcázar*

ESTANDAR SEGURIDAD MIES	CAAM BENALCAZAR CUMPLIMIENTO
Plan de gestión de riesgos, emergencias y seguridad en los centros	No cumple
Seguridad al momento de ingreso y salida del centro	No cumple
Seguridad en salidas recreativas, turísticas, culturales	X
Seguridad en los traslados a servicios de salud regentados por el MSP.	No cumple
Contar con protocolos definidos en caso fortuitos de extravío, pérdida o muerte del adulto mayor	No cumple
Estar alejado de zonas vulnerables o bajo amenaza de alto riesgo de accidentes o eventos adversos previsibles, a menos de 100 metros	No cumple
En el caso de los usuarios de los diversos servicios sobre los cuales se sospeche violencia o vulneración de derechos, el centro deberá activar la ruta de denuncia, referencia y realizar el acompañamiento y seguimiento del caso	No cumple
Contar con el equipamiento de emergencia (extintores, alarmas, detectores de humo, señalética interna y externa)	No cumple

En la tabla 51 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de procesos del CAAM Benalcázar.

Tabla 51*Estándares de Procesos CAAM Benalcázar*

ESTANDAR PROCESOS MIES	CAAM BENALCAZAR CUMPLIMIENTO
Procesos de participación y promoción del envejecimiento positivo y ciudadanía activa	X
Procesos de participación del adulto mayor	X
Proceso de Fortalecimiento de vínculos afectivos	X
Protocolos de atención para adultos mayores	No cumple
Proceso Prevención y detección del deterioro cognitivo y físico	No cumple
Recuperación de conocimientos y saberes con actividades para la recuperación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los adultos mayores para compartirlas con otros grupos generacionales.	X
Proceso socioeducativo capacitación dirigida a personas adultas mayores se programa desde su dimensión humana y considera el fomento de habilidades que necesitan para desarrollar su vida cotidiana.	X

En la tabla 52 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de administración y gestión del CAAM Benalcázar.

Tabla 52

Estándares de Administración y Gestión CAAM Benalcázar

ESTANDAR ADMINISTRACION Y GESTION MIES	CAAM BENALCAZAR CUMPLIMIENTO
Mejoramiento de la calidad se planificarán y programarán de manera semanal, mensual y anual sus actividades, documentarán y realizarán el seguimiento.	No cumple
Optimización de recursos mediante planificación anual y las articulaciones intersectoriales entre servicios en territorio para lograr una intervención integral en los servicios para personas adultas mayores.	No Cumple
Registro, expedientes y documentación.	X
Las unidades de atención deberán contar con el permiso de funcionamiento actualizado otorgado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social	X

En la tabla 53 se evidencian los estándares MIES 2014 en relación a los estándares de Salud del CAAM Benalcázar.

Tabla 53

Estándares de Salud CAAM Benalcázar

ESTANDAR SALUD MIES	CAAM BENALCÁZAR CUMPLIMIENTO
Actividades de promoción y prevención en salud, alimentación y nutrición a través de estándares de alimentación, hidratación e higiene en consideración a las necesidades nutricionales, particularidades culturales, étnicas y hábitos de los usuarios.	X

CONTINÚA



<p>Los centros residenciales y diurnos y atención domiciliar, orientarán a los cuidadores, promotores y familias sobre la presencia de alteraciones que ocurren en el envejecimiento (cognitivo, sensorial, motor, socio afectivo y lenguaje), realizando seguimiento y registro de evolución del usuario.</p>	X
<p>Orientaciones para personas con discapacidad moderada y enfermedades prevalentes mantendrán un registro permanente con evaluación especializada de sus usuarios, en relación con discapacidades y enfermedades prevalentes para desarrollar planes de contingencia.</p>	X
<p>Planes de saneamiento de los centros residenciales y diurnos y los espacios alternativos de revitalización, recreación, socialización y encuentro, implementarán un plan de saneamiento básico orientado a garantizar condiciones higiénico-sanitarias</p>	No Cumple

Para realizar la calificación del Centro de Atención Benalcázar se utilizaron 47 estándares, Donde Si Cumple con 16 estándares con un porcentaje de 34,04% Y No Cumple con 31 estándares con un porcentaje de 65,95%

Donde la calificación optima va desde 90 al 100%, la calificación condicional va de 80 al 89% y no califica con menos del 79.99%, en la unidad Benalcázar no califica ya que tiene un puntaje de 34.04% como se indica en la tabla 54

Tabla 54

Tabulador de puntaje final CAAM Benalcázar

CALIFICACIÓN ÓPTIMA		CALIFICACIÓN CONDICIONAL		NO CALIFICA
Puntaje Máximo	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo	Puntaje Mínimo	
100%	90,00%	89,99%	80,00%	34.04%

Luego de haber verificado el cumplimiento de los 3 centros de atención al Adulto Mayor podemos concluir que dichos centros no cumplen la normativa vigente MIES 2014, acorde a los estándares que se requieren para ofertar una atención de calidad.

Según la revista Desarrollo, un indicador de la calidad de la atención de los centros de salud familiar para la medición de la eficiencia técnica, en 259 centros de salud familiar de distintas comunas de Chile donde se analizó la validez del indicador, por medio de técnicas de correlación de Pearson y su consistencia interna por medio de Alfa de Cronbach estandarizado, obteniéndose cada dimensión cuenta con la respectiva ponderación, como se indica en la tabla 55.

Tabla 55*Ponderaciones y Dimensiones de Estructura, Procesos y Resultados*

DIMENSIONES	PONDERACIONES
Recurso Humano	85%
Equipo de cabecera	35%
Equipo Transversal	30%
Capacitaciones del Equipo	20%
Estructura	15%
Espacio Físico	5%

Vehículos	10%
Procesos	100%
Actividades de Promoción	30%
Actividades de Prevención	30%
Morbilidad	10%
Derivación	30%

Fuente: (Ramirez & all, 2015)

Tomando en consideración la bibliografía consultada se realiza una tabla para tabular el porcentaje final de los CAAM como se indica en la tabla 56

Tabla 56

Tabulador de puntaje final CAAM

TABULADOR	PONDERACIÓN SEGÚN COMPONENTES (%)	PUNTAJE ALCANZADO CAAM		CALIFICACIÓN %	TIPO DE CALIFICACIÓN
		PUNTAJE PARCIAL	PUNTAJE TOTAL		
ESTRUCTURA	100,00%	70%			
Disponibilidad de Servicios	40,00%	30			
Infraestructura	30,00%	16,97	70%		
Equipamiento	30,00%	24,56			
Talento Humano	70%	35%			
PROCESO	100,00%	66,47		70%	
Actividades de Prevención	30,00%	24,47			<u>NO CALIFICA</u>
Actividades de Promoción	30,00%	42,00	66,%		
RESULTADO	100,00%	70%			

CONTINÚA 

Gestión	50,00%	50,00	70%
Administrativa			
Indicadores de Salud	50,00%	44,23	

En virtud de que los indicadores nacionales no evalúan parámetros importantes, se realizó una comparación con estándares internacionales que deberían cumplirse en los CAAM con respecto a estructura de procesos y resultados.

Tabla 57

Comparativa con respecto a los estándares internacionales de los indicadores CAAM

Indicador	Estándares			Cumplimiento todos los CAAM
	Chile (Cooperación Ciudad Accesible)	España (Jesus, 2015)	México (Diseño)	
ESTRUCTURA				
Accesos Exteriores	De 90 a 150 cm	Puertas de 100 cm de ancho libre como mínimo	75-100 cm	
Ancho de Rampa	Ancho libre de 0,80 m, hoja de 0,85 m y espesor mínimo de 45 mm.			No cumple
Accesos interiores				
Ancho de las puertas	(Urbanismo, 2016)	De 120 cm de ancho, con textura diferente al piso predominante.	De 91,5 cm de Ancho	
Escaleras	Ancho mínimo de 1.20 mts. Antideslizante.	Invariablemente se especificarán para las huellas.	En el acceso principal.	
	Huella de Profundidad de 28 cm	Ubicación cercana al acceso principal.		
Ascensores	Los ascensores deben tener la puerta de un ancho.	Área interior libre, de 150 por 150 cm como mínimo. Ancho mínimo de puerta de 100 cm.		

CONTINÚA 

Interiores	Mínimo de 85 cms., y una medida interior de al menos 140 cms. x 110 cms.	Colocados a 75 y 90 cm de altura en tres lados, separados 5 cm de la pared.	Área interior de 150 por 150 cm.	Ancho puerta 90 cm	
		Chapas con manija tipo palanca.			
Manillas de la puerta	80 a 90 cm elevado al nivel del piso	Dimensiones de 180 por 180 cm.	De 75 a 85 cm elevado al nivel del piso.		No cumple
Sanitario para personas que usan muletas o bastones.	La manilla de la puerta debe ser anatómica (de tipo palanca) y estar ubicada a 95 cms. de altura desde el suelo.	Deberán estar bien iluminada			
	El lavamanos debe ir a una altura de 80 cms.	Prevención	Los inodoros objeto de esta Norma serán examinados sobre una mesa de 70 a 90 cm de altura para determinar por inspección visual, si rebasan el máximo permisible de defectos en el acabado.		No cumple
Procesos (Karina, 2017)	Promoción			Proceso de admisión	
	Prevención			Proceso de Atención	

CONTINÚA



4.1.7 Resultados de las encuestas Servqual modificadas realizadas en los CAAM Chimbacalle, Benalcázar y Naciones Unidas.

Como se indica en la tabla 58 se debe contestar acorde a la escala de Likert del 1 al 5.

Tabla 58

TEST SERVQUAL

PERCEPCIONES GENERALES	ESCALA DE LIKERT				
	1	2	3	4	5
1. Le gusta el lugar donde realiza las actividades del programa CAAM*					
2. Considera que los horarios de atención son adecuados para las actividades del CAAM					
3. Le gustan las actividades de entretenimiento y diversión que realiza en el CAAM					
4. El tiempo que debe esperar para iniciar las actividades es adecuado					
5. Siempre hay personal disponible para proporcionar al usuario la información cuando la necesita					
6. Le parece que las instalaciones donde realiza las actividades del programa CAAM son seguras					
7. Recibe un trato cordial y oportuno del equipo que le atiende					

ESCALA DE LIKERT: 1.-TOTALMENTE INSATISFECHO 2.-INSATISFECHO 3.-POCO SATISFECHO 4.-SATISFECHO 5.-MUY SATISFECHO

Los participantes de este estudio correspondieron a una población de adultos mayores que, en relación con otros estudios, conserva la distribución del género. Se encuestaron 474 usuarios; en Naciones Unidas 176 usuarios, Chimbacalle 152 usuarios en Benalcázar 146 usuarios, que asistieron a realizar sus actividades de recreación a los Centros de Atención del Adulto Mayor administrados por el IESS, por lo que se cubrió satisfactoriamente la muestra en cada uno de los Centros Ambulatorios administrados por el IESS. No hubo rechazo para la aplicación del cuestionario por parte de los individuos. Respecto a la edad de los encuestados, la media se situó

en 68 años, con límites de 65 a 95 años. Entre las características sociodemográficas, sujetos correspondieron al sexo femenino en 60% y masculino 40% en Naciones Unidas, a nivel Chimbacalle 70% mujeres y 30% hombres y en Benalcázar el 75% corresponde a mujeres y el 25% a sexo masculino. Con un nivel de educación promedio en Naciones Unidas superior, en Chimbacalle de nivel ciclo básico y en Benalcázar nivel primaria. Las enfermedades más prevalentes fueron en Naciones Unidas, diabetes e hipertensión arterial, en Chimbacalle, diabetes y obesidad y en el CAAM Benalcázar, depresión como se muestra en las tablas 26.

En el anexo N° 2, podemos observar el cuestionario aplicado a los usuarios Adultos Mayores que asisten a los Centro Ambulatorios del Adulto Mayor CAAM, administrados por el IESS.

En la tabla 59 se anotaron las características sociodemográficas en cada uno de los CAM donde se realizaron las encuestas. A nivel de Chimbacalle hay 70% de mujeres y 30 % de hombres; la mayoría estudio solo primaria y tienen diabetes y obesidad. A nivel de Benalcázar hay 75% de mujeres y 30% de hombres, la mayoría estudio el ciclo básico y tienen depresión; y en Naciones Unidas 60% de mujeres y 40% de hombres.

Tabla 59

Características sociodemográficas de los CAAM Chimbacalle, Benalcázar y NN. UU

CAAM	USUARIOS QUE ACUDEN AL MIES	SEXO F	SEXO M	NIVEL PROMEDIO DE EDUCACIÓN	ENFERMEDADES CRÓNICAS
CHIMBACALLE	1489	70%	30%	PRIMARIA	DIABETES, OBESIDAD

BENALCÁZAR	1041	75%	25%	CICLO BÁSICO	DEPRESION
NACIONES	1853	60%	40%	SUPERIOR	DIABETES, HTA
UNIDAS					

En LA figura 7 se evidencia que los usuarios acuden en mayor proporción al Centro de Atención Naciones Unidas, posterior a Villaflores y en menor proporción a Benalcázar.

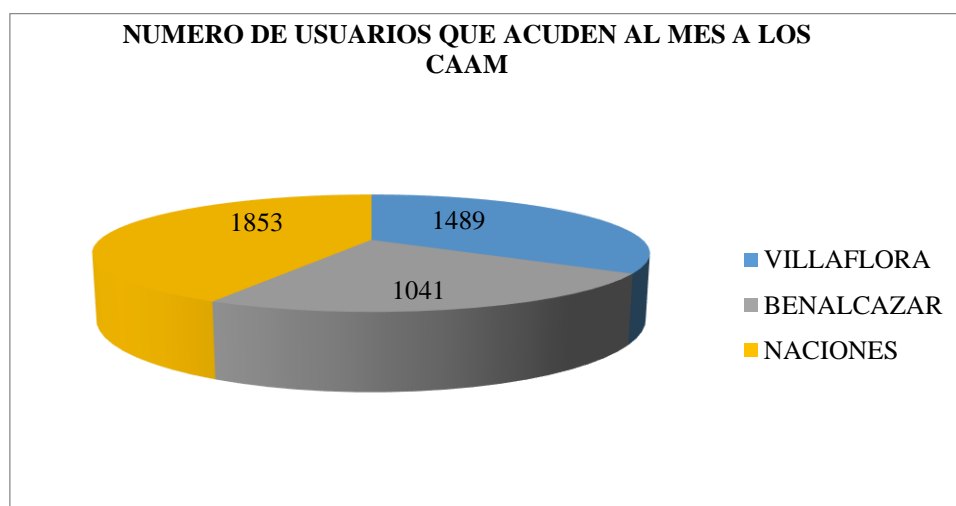


Figura 4. Usuarios que acuden a los CAAM

En la Figura 8 podemos observar que a los 3 centros acuden en mayor número de mujeres en relación a los hombres.

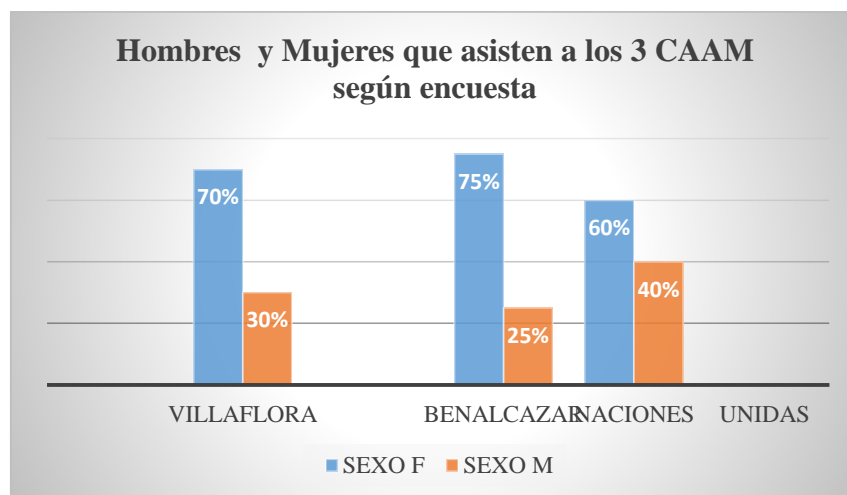


Figura 8. Porcentaje Hombres Mujeres que acude a los 3 CAAM

Hay que recalcar que la población es mensual de acuerdo a los registros que tienen los coordinadores, sin embargo, los días de la encuesta se entrevistó solo a los adultos que asistieron.

En cuanto al grado de satisfacción con los centros a los que acuden los participantes respondieron según el cuestionario realizado con las siguientes preguntas se obtuvo la información: con una ponderación de: **1.-** totalmente insatisfecho **2.-**insatisfecho **3.-**poco satisfecho **4.-**satisfecho **5.-**muy satisfecho.

CAAM Naciones Unidas Usuarios la muestra 176

Pregunta N °1

¿Le gusta el lugar donde realiza las actividades del programa CAAM?

Con respecto a la pregunta N1 Le gusta el lugar donde realiza las actividades del programa CAAM respondieron los usuarios como se indica en la tabla 60 donde la mayoría respondió Muy

satisfecho 108 usuarios con un porcentaje de 61,36%; 45 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 25,56% y 23 usuarios respondieron poco satisfecho con un porcentaje de 13,06%.

Tabla 60

Respuestas pregunta 1 Adulto Mayor CAAM Naciones Unidas

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	00	23	45	108
		13,06%	25,56%	61,36%

Fuente: encuestas

Tamaño de la muestra: 5

Media aritmética (\bar{x}): 35.2

Mediana: 23

Moda: 0

Menor valor: 0

Mayor valor: 108

Pregunta N° 2

¿Considera que los horarios de atención son adecuados para las actividades del CAAM?

Con respecto a la pregunta N2 los usuarios que acudieron al CAAM Naciones Unidas respondieron como se indica en la tabla 61, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 56 usuarios con un porcentaje de 73,68%; 46 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 26,13% y 23 usuarios respondieron poco satisfecho con un porcentaje de 13,06%,

y hay 13 usuarios que respondieron que se encuentran insatisfechos 7,51% y 8 usuarios respondieron que se encuentran totalmente insatisfechos con un porcentaje 4,54%.

Tabla 61

Respuestas pregunta 2 Adulto Mayor CAAM Naciones Unidas

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
8	13	23	46	56
4,54%	7,51%	13,06	26,13	73,68 %

Fuente: encuestas

Pregunta N 3

¿Le gustan las actividades de entretenimiento y diversión que realiza en el CAAM?

Con respecto a la pregunta N3 los usuarios que acudieron al CAAM Naciones Unidas respondieron como se indica en la tabla 62, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 65 usuarios con un porcentaje de 39,93%; 42 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 23,86% y 32 usuarios respondieron poco satisfecho con un porcentaje de 18,18%, y hay 13 usuarios que respondieron que se encuentran insatisfechos 7,38%

Tabla 62

Respuestas pregunta 3 Adulto Mayor CAAM Naciones Unidas

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	13	32	42	65

CONTINÚA



7,38%	18,18%	23,86%	36,93%
-------	--------	--------	--------

Fuente: encuestas

Pregunta N° 4

¿El tiempo que debe esperar para dar inicio a las actividades de los CAAM es adecuado?

Con respecto a la pregunta N4 los usuarios que acudieron al CAAM Naciones Unidas respondieron como se indica en la tabla 63, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 86 usuarios con un porcentaje de 48,86%; 29 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 16,47% ;15 usuarios respondieron poco satisfecho con un porcentaje de 8,52%; 8 usuarios que respondieron que se encuentran insatisfechos 4,5% y 6 usuarios que se encuentran totalmente insatisfechos con un porcentaje de 3,4%.

Tabla 63

Respuestas pregunta 4 Adulto Mayor CAAM Naciones Unidas

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
6	8	15	29	86
3,40%	4,54%	8,52%	16,47%	48,86

Fuente: encuestas

Tamaño de la muestra:5

Media aritmética (\bar{x}): 28.8

Mediana: 15

Moda: No

Menor valor: 6

Mayor valor: 86

Rango: 80

Pregunta N° 5

¿Siempre hay personal disponible para proporcionar al usuario la información cuando la necesita?

Con respecto a la pregunta N5 los usuarios que acudieron al CAAM Naciones Unidas respondieron como se indica en la tabla 64, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 96 usuarios con un porcentaje de 54,54%; 46 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 26,13%; 18 usuarios respondieron poco satisfecho con un porcentaje de 10,22%; 9 usuarios que respondieron que se encuentran insatisfechos 5,11%, y 7 usuarios que se encuentran totalmente insatisfechos con un porcentaje de 3,9%.

Tabla 64

Respuestas pregunta 5 Adulto Mayor CAAM Naciones Unidas

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
07	09	18	46	96
3,97%	5,11%	10,22	26,13	54,54%

Fuente: encuestas

Tamaño de la muestra:5

Media aritmética (\bar{x}): 35.2

Mediana: 18

Moda: No

Menor valor: 07

Mayor valor: 96

Rango: 89

Pregunta N° 6:

¿Le parece que las instalaciones donde realiza las actividades del programa CAAM son seguras?

Con respecto a la pregunta N6 los usuarios que acudieron al CAAM Naciones Unidas respondieron como se indica en la tabla 65, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 86 usuarios con un porcentaje de 48,86%; 35 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 19,88%; 16 usuarios respondieron poco satisfecho con un porcentaje de 9,09%; y 8 usuarios que respondieron que se encuentran insatisfechos 4,54%.

Tabla 65

Respuestas pregunta 6 Adulto Mayor CAAM Naciones Unidas

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	08	16	35	86
	4,54%	9.09%	19.88 %	48,86%

Fuente: encuestas

Pregunta N° 7:

¿Recibe un trato cordial y oportuno del equipo que le atiende CAAM Naciones Unidas?

Con respecto a la pregunta N7 los usuarios que acudieron al CAAM Naciones Unidas respondieron como se indica en la tabla 66, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 86 usuarios con un porcentaje de 48,86%; 62 usuarios respondieron que están satisfechos con un

porcentaje de 35,22%; 16 usuarios respondieron poco satisfecho con un porcentaje de 9,09%, y 8 usuarios que respondieron que se encuentran insatisfechos 4,54%.

Tabla 66

Respuestas pregunta 7 Adulto Mayor CAAM Naciones Unidas

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	12	16	62	86
	6,81%	9,09%	35,22%	48,86%

Fuente: encuestas

CAAM Chimbacalle

Pregunta N° 1

¿Le gusta el lugar donde realiza las actividades del programa CAAM Chimbacalle?

Con respecto a la pregunta N1 Le gusta el lugar donde realiza las actividades del programa CAAM respondieron los usuarios como se indica en la tabla 67 donde la mayoría respondió Muy satisfecho 58 usuarios con un porcentaje de 38,15%; 63 usuario respondió que están satisfechos con un porcentaje de 41,44% y 31 usuarios respondieron totalmente insatisfecho con un porcentaje de 20,39%.

Tabla 67

Respuestas pregunta 1 Adulto Mayor CAAM Chimbacalle

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
31	00	00	63	58
			41,44	38,15%

Fuente: encuestas

Pregunta N° 2

¿Considera que los horarios de atención son adecuados para las actividades del CAAM?

Con respecto a la pregunta N2 los usuarios que acudieron al CAAM Chimbacalle respondieron como se indica en la tabla 68, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 89 usuarios con un porcentaje de 58,55%; 63 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 41,44%.

Tabla 68

Respuestas pregunta 2 Adulto Mayor CAAM Chimbacalle

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	00	00	63	89
			41,44	58,55%

Fuente: encuestas

Tamaño de la muestra: 5
 Media aritmética (\bar{x}): 30.4
 Mediana: 00
 Moda: 00
 Menor valor: 00
 Mayor valor: 89
 Rango: 89

Pregunta N° 3

¿Le gustan las actividades de entretenimiento y diversión que realiza en el CAAM?

Con respecto a la pregunta N3 los usuarios que acudieron al CAAM Naciones Unidas respondieron como se indica en la tabla 69, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 87

usuarios con un porcentaje de 57,23%; 53 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 34,83% y 12 usuarios respondieron que se encuentran insatisfechos 7,38%

Tabla 69

Respuestas pregunta 3 Adulto Mayor CAAM Chimbacalle

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	12	00	53	87
	7,89		34,83	57,23

Fuente: encuestas

Pregunta N° 4

¿El tiempo que debe esperar para dar inicio a las actividades de los CAAM es adecuado ¿

Con respecto a la pregunta N4 los usuarios que acudieron al CAAM Chimbacalle respondieron como se indica en la tabla 70, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 70 usuarios con un porcentaje de 51,97%; 36 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 23,68%; 37 usuarios respondieron poco satisfecho con un porcentaje de 24,34%.

Tabla 70

Respuestas pregunta 4 Adulto Mayor CAAM Chimbacalle

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	00	37	36	79
		24,34	23,68	51,97

Fuente: encuesta.

CONTINÚA



Pregunta N° 5

¿Siempre hay personal disponible para proporcionar al usuario la información cuando la necesita?

Con respecto a la pregunta N5 los usuarios que acudieron al CAAM Chimbacalle respondieron como se indica en la tabla 71, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 74 usuarios con un porcentaje de 48,68%; 56 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 36,84% y 16 usuarios respondieron poco satisfecho con un porcentaje de 10,52%.

Tabla 71

Respuestas pregunta 5 Adulto Mayor CAAM Chimbacalle

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	00	16	56	74
		10,52%	36,84%	48,68

Fuente: encuestas

Pregunta N° 6

¿Le parece que las instalaciones donde realiza las actividades del programa CAAM son seguras?

Con respecto a la pregunta N6 los usuarios que acudieron al CAAM Chimbacalle respondieron como se indica en la tabla 72, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 75 usuarios con un porcentaje de 49,34%; 64 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 42,10%; 13 usuarios respondieron insatisfechos con 8,55%

Tabla 72

Respuestas pregunta 6 Adulto Mayor CAAM Chimbacalle

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	13	00	64	75
	8,55		42,10	49,34

Fuente: encuestas

Pregunta N°7:

¿Recibe un trato cordial y oportuno del equipo que le atiende CAAM Chimbacalle?

Con respecto a la pregunta N7 los usuarios que acudieron al CAAM Chimbacalle respondieron como se indica en la tabla 73, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 76 usuarios con un porcentaje de 50%; 45 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 29,60%; 31 usuarios respondieron poco satisfecho con un porcentaje de 20,39%.

Tabla 73

Respuestas pregunta 7 Adulto Mayor CAAM Chimbacalle

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	00	31	45	76
		20,39	29,60	50%

Fuente: encuestas

Tamaño de la muestra: 5
 Media aritmética (\bar{x}): 30.4
 Mediana: 31
 Moda: 00
 Menor valor: 00
 Mayor valor: 76
 Rango: 76

CAAM Benalcázar

Pregunta N° 1:**¿Le gusta el lugar donde realiza las actividades del programa CAAM Benalcázar?**

Con respecto a la pregunta N1 Le gusta el lugar donde realiza las actividades del programa CAAM, respondieron los usuarios como se indica en la tabla 74, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 58 usuarios con un porcentaje de 39,72%; 88 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 60,27%.

Tabla 74*Respuestas pregunta 1 Adulto Mayor CAAM Benalcázar*

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	00	00	88	58
			60,27	39,72%

Fuente: encuestas

Tamaño de la muestra: 5
 Media aritmética (\bar{x}): 29.2
 Mediana: 00
 Moda: 00
 Menor valor: 00
 Mayor valor: 88
 Rango: 88

Pregunta N° 2:

¿Considera que los horarios de atención son adecuados para las actividades del CAAM?

Con respecto a la pregunta N2 los usuarios que acudieron al CAAM Benalcázar respondieron como se indica en la tabla 75, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 89 usuarios con un porcentaje de 58,55%; 57 usuarios respondieron que están poco satisfechos con un porcentaje de 41,44% .

Tabla 75

Respuestas pregunta 2 Adulto Mayor CAAM Benalcázar

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	00	57	00	89
		41,44		58,55%

Fuente: encuestas

Pregunta N° 3:

¿Le gustan las actividades de entretenimiento y diversión que realiza en el CAAM?

Con respecto a la pregunta N3 los usuarios que acudieron al CAAM Benalcázar respondieron como se indica en la tabla 76, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 85 usuarios con un porcentaje de 55,92%; 67 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 44,07%.

Tabla 76

Respuestas pregunta 3 Adulto Mayor CAAM Benalcázar

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	00	00	67	85
			44,07	55,92

Fuente: encuestas

Pregunta N° 4:

¿El tiempo que debe esperar para dar inicio a las actividades de los CAAM es adecuado?

Con respecto a la pregunta N4 los usuarios que acudieron al CAAM Benalcázar respondieron como se indica en la tabla 77, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 79 usuarios con un porcentaje de 54,10%; 36 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 24,65%; 31 usuarios respondieron poco satisfecho con un porcentaje de 21,23%.

Tabla 77

Respuestas pregunta 4 Adulto Mayor CAAM Benalcázar

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	00	31	36	79
		21,23%	24,65%	54,10%

Fuente: encuestas

Pregunta N° 5:

¿Siempre hay personal disponible para proporcionar al usuario la información cuando la necesita?

Con respecto a la pregunta N5 los usuarios que acudieron al CAAM Benalcázar respondieron como se indica en la tabla 78, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 86 usuarios con un porcentaje de 58,90%; 56 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 38,35% y 4 usuarios respondieron poco satisfecho con un porcentaje de 2,73%.

Tabla 78

Respuestas pregunta 5 Adulto Mayor CAAM Benalcázar

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	00	4	56	86
		2,73%	38,35%	58,90

Fuente: encuestas

Pregunta N° 6:

¿Le parece que las instalaciones donde realiza las actividades del programa CAAM son seguras?

Con respecto a la pregunta N6 los usuarios que acudieron al CAAM Benalcázar respondieron como se indica en la tabla 79, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 96 usuarios con un porcentaje de 65,75%; 50 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 34,24%.

Tabla 79

Respuestas pregunta 6 Adulto Mayor CAAM Benalcázar

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	00	00	50	96
			34,24%	65,75%

Fuente: encuestas

Pregunta N° 7:

¿Recibe un trato cordial y oportuno del equipo que le atiende CAAM Benalcázar?

Con respecto a la pregunta N7 los usuarios que acudieron al CAAM Benalcázar respondieron como se indica en la tabla 80, donde la mayoría respondió Muy satisfecho 76 usuarios con un porcentaje de 52,05%; 70 usuarios respondieron que están satisfechos con un porcentaje de 47,94%.

Tabla 80

Respuestas pregunta 7 Adulto Mayor CAAM Chimbacalle

Totalmente Insatisfactoria	Insatisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
00	00	00	70	76
		0	47,94	52,05%

Fuente: encuestas

Luego de Recopilar las respuestas de los adultos mayores que asistieron a los CAAM Chimbacalle, Benalcázar y Naciones Unidas, concluimos que la mayoría tiene un alto grado de aceptabilidad escogiendo muy satisfactorio. Como se observa en la tabla 81.

Tabla 81

Porcentaje de Muy Satisfactorio en los CAAM

SATISFACCIÓN		
ESCALA	CAAM-CHIMBACALLE (SUR)	ESTANDAR
PORCENTAJE MUY SATISFACTORIO	90%	90%
ESCALA	CAAM-BENALCAZAR (CENTRO)	ESTANDAR
PORCENTAJE MUY SATISFACTORIO	90%	90%
ESCALA	CAAM-NACIONES UNIDAS (NORTE)	ESTANDAR
PORCENTAJE MUY SATISFACTORIO	90%	90%

Fuente: encuestas

Luego de haber evaluado tanto la calidad en estructura, procesos y resultados de los 3 centros en estudio se pudo evidenciar la falta de calidad; sin embargo, al realizar la encuesta de satisfacción Servqual podemos ver en los resultados que la población se encuentra muy satisfecha; esto puede ser porque no tienen el conocimiento adecuado acerca de las leyes, hay un bajo nivel cultural o simplemente se adaptaron a ese tipo de atención.

4.2 Discusión

Se pudo evidenciar que los 3 centros de atención al adulto mayor no cumplen con los estándares de calidad, ni nacionales ni internacionales, sin embargo, el porcentaje de aceptación de la población es muy alto, la explicación a este fenómeno se puede dar porque los usuarios no tienen conocimientos acerca de sus derechos en la constitución de la república, su nivel intercultural es muy bajo y se han adaptado al sistema de atención de los diferentes centros además, que se pudo observar que el nivel de educación es diferente en los tres centros.

4.3 Análisis

Se analizó que en los tres centros existen diferencias sociales, la mayoría de los usuarios adultos mayores, son de sexo femenino y acuden con mayor frecuencia al Centro de Atención Naciones Unidas, debido por ser el más grande y cuenta con parqueaderos, salas adecuadas para cultura física, actividades artísticas, artesanales y cognitivas, además de los clubes de música, juegos de salón, vóley y acorde a la encuesta de satisfacción, la mayoría están muy satisfechos en los Centros de Atención a pesar de las falencias, estos centros les ayuda a sentirse útil. En tanto que en Chimbacalle las personas al tener una educación básica se conforman con lo que les ofrece el centro. Y, en Benalcázar al tener una educación primaria, la mayoría no exige nada más de lo que se les ofrece.

4.4 Conclusiones

Al realizar el presente trabajo de investigación en el área del Adulto Mayor según lo observado y revisado, se pudo verificar que la calidad e infraestructura de los CAAM no es adecuada, debido a que no se cumplen los estándares nacionales e internacionales, no se cumplen los estándares de seguridad, se está poniendo en peligro la salud e integridad de la población que acude a los diferentes centros; además se pudo obtener información valedera acerca de los usuarios que asisten a los Centros Ambulatorios del Adulto Mayor administrados por el IESS; la mayoría tienen edad entre 60 y 75 años, todos son jubilados y no tienen alteraciones mentales cognitivas graves y, dependiendo de la zona en que vivan, acuden en compañía de sus familiares o solos a las distintas actividades, debido a que no hay transporte algunos van en bus, otros en sus propios carros o son traídos por sus familiares.

La mayor parte de los usuarios son autosuficientes, al no tener dificultades para realizar sus actividades físicas, la información fue obtenida de las encuestas realizadas.

A nivel de la infraestructura física de los distintos centros, es muy diferente en relación al lugar en el que se encuentran, se las ha acoplado acorde a las necesidades de los usuarios que acuden. Visitamos en el sector norte el CAAM Naciones Unidas, ubicado en la avenida Naciones Unidas, que es el lugar donde más adultos mayores acuden debido a la capacidad resolutive del lugar por sus instalaciones más amplias.

Con respecto a la encuesta de satisfacción los usuarios contestaron que se encuentran muy satisfechos con la atención del centro.

Como percepción general de los investigadores contestando el anexo N 2 relacionado con el estado físico de la infraestructura (instalaciones, mobiliarios, equipos) del Programa del Adulto Mayor Administrado por el IESS, las puntuaciones del 1 al 10 fueron un 6 debido a que no se observan los parámetros adecuados según las normas nacionales e internacionales.

En la segunda pregunta que se plantearon los investigadores acerca de la utilización de las tecnologías (internet, aplicaciones de informática, audiovisuales) del Programa del Adulto Mayor Administrado por el IESS, del 1 al 10 fue de 1, debido a que no se cuenta con tecnología en ninguno de los centros, los coordinadores deben utilizar las mismas desde su celular u otros para contribuir con estas herramientas básicas.

En la tercera pregunta planteada acerca del ambiente (ecosistema, ventilación, reciclaje, acompañamiento de mascotas) del Programa de atención del Adulto Mayor Administrado por el IESS, se encuentra adecuado del 1 al 10 se contestó un 2 debido a que los centros no tienen áreas verdes, ventanas que permitan la entrada de luz adecuada, no es permitido llevar mascotas y no hay basureros que contribuyan al medio ambiente y el reciclaje.

¿En la cuarta pregunta acerca de la seguridad en (sistemas de vigilancia, guardianía, minimización de riesgos), de los Centros del Programa de Atención del Adulto Mayor Administrado por el IESS es adecuada?, la puntuación del 1 al 10 se dio 1 debido a que no hay guardianía, no hay sistemas de vigilancia y hay riesgos de accidentes.

Los CAAM del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social, se han construido para ofertar los servicios de atención para la recreación a los adultos mayores jubilados afiliados, y los funcionarios locales que administran los centros los adaptan en función de sus experiencias acerca de la población con la que trabajan. Los profesionales requieren capacitarse para poder manejar a esta población que es muy vulnerable, para poder enfrentar el reto que les plantea introducirse a un área laboral.

A nivel del talento humano no se cumple con los estándares de calidad, debido ya que el personal está conformado por el administrador y los instructores, los mismos que cubren por horas en los distintos centros.

En materia de seguridad, no existe personal uniformado o presencia de tecnologías (cámaras de vigilancia) a fin de reducir la vulnerabilidad de robos al interior de los CAAM.

Como conclusión es que los Centros de Atención del Adulto Mayor administrados por el IESS no tienen calidad en estructura, procesos y resultados.

Por el contrario, las historias de los usuarios que acuden a los CAAM reflejan los retos de lo que implica envejecer para cada individuo.

Las trayectorias de vida de los encuestados no solo evidencian que, los usuarios de estos centros experimentan vejez de características distintas a nivel económico, físico y de género por su edad cronológica, la sociedad y su entrada a los centros del programa les ha ayudado a relacionarse con otras personas, a sentirse más activos, creativos en función de sus necesidades e intereses, y a buscar seguir creciendo y desarrollándose como personas en la comunidad y sociedad.

4.5 Recomendaciones

La recomendación principal es que los centros de Atención al adulto mayor deben cumplir la ley ecuatoriana y seguir la normativa vigente MIES, enfocada en una calidad de estructura, procesos y resultados.

Se recomienda además acogerse a estándares internacionales para que se cumpla la norma vigente.

Cumplir estándares de seguridad de manera urgente dado el riesgo que corre la población atendida.

Se debe presentar una propuesta de modelo CAAM, acorde a la normativa vigente de la institución y del país.

CAPÍTULO V

5.1 Propuesta

Modelo Aplicativo para la mejora de la calidad, de los Programas de Atención del Adulto Mayor, Administrados por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la Provincia de Pichincha.

Luego de haber revisado la bibliografía pertinente y observado cómo se encuentran los Centros Ambulatorios del Adulto Mayor administrados por el IESS, hemos concluido que no hay calidad en estructura, procesos y resultados y se requiere implementar un modelo aplicativo que cumpla las expectativas de los usuarios que acuden a realizar las diferentes actividades.

5.2 Justificación:

Debido al aumento inmensurable de adultos mayores a nivel mundial y del país según las estadísticas de la OMS 2015 al 2020, habrán aumentado al doble la cantidad de adultos en el mundo, y según el INEC, 2010 de los 16,62 millones de habitantes, el 10 % son individuos de más de 60 años que equivale a 1,662 millones adultos mayores y entre los años 2017 a 2030 se prevé un incremento en la población adulta mayor.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ofrece a los afiliados jubilados los Centros de Atención al Adulto Mayor para que puedan realizar actividades recreativas y mejorar su calidad de vida, contrarrestando y mejorando problemas de enfermedades; sin embargo como se

describió en la investigación no se encontró calidad de infraestructura, procesos y resultados de los mismos, es necesario presentar una propuesta con el fin de buscar mejoras acorde a las necesidades del usuario adulto mayor, que cumplan con los estándares nacionales e internacionales, acorde a la normativa vigente y poder crear un modelo estándar de centro recreativo con eficiencia y eficacia; en un ambiente estimulante, que cuente con el equipo adecuado y planificación arquitectónica acorde a las actividades que los beneficien física y mentalmente durante el día.

Con el fin de fomentar la participación e integración de los adultos mayores, promoviendo su autocuidado, autoestima y autogestión, como así mismo, rescatar los roles culturales, mediante la realización de actividades que creen instancias de participación y capacitación en los procesos de envejecimiento activo y asociación entre los adultos mayores, para lograr una mejor calidad de vida.

5.3 Fundamentación:

Como se mencionó anteriormente, la situación de las personas Adultos Mayores es un problema a nivel nacional, y los Centros de Atención que son administrados por el IEISS, buscan la manera de satisfacer esta necesidad, sin embargo, no cumplen con los estándares de calidad en estructura, procesos y resultados.

Con base a la revisión bibliográfica de la investigación tanto nacional como internacional y acorde a la normativa vigente MIESS, para mejorar la calidad se requiere a nivel de estándares de estructura cumplir con las siguientes consideraciones en:

5.3.1 Estructura:

Según la Guía española 2015: en los Centros de Atención al Adulto Mayor, se debe definir una estructura orientada al bienestar ofreciendo un ambiente e instalaciones adecuadas donde la ubicación y la accesibilidad sean factores que primen.

5.3.2 Ubicación:

Debe ser un lugar central que no implique largos desplazamientos y costos, con tranquilidad en el entorno sin tantas aglomeraciones, fácil de ubicarse en un entorno con tranquilidad.

5.3.3 Acceso:

Que se disponga de redes de transporte público, transporte adaptado propio de la institución, parqueaderos adecuados y disponibles para el usuario y sus familiares, que la distancia a recorrer desde el parqueadero al edificio, no sea tan larga.

5.3.4 Características del Diseño:

Debe estar orientado a las capacidades de cada persona, sin barreras arquitectónicas que dificulten la movilidad, las distintas salas o servicios deben estar claramente identificados y debe haber sistemas sencillos de señalización. Debe tomarse en cuenta el aumento de la frecuencia de los usuarios para la ampliación futura acorde a la normativa vigente. Otro punto importante es la iluminación, la ventilación y la descontaminación del lugar a crearse.

La iluminación artificial, según la normativa en las dependencias será, al menos, de 1/8 de la superficie, e igual o superior a los 1,20 m². Se tiene que garantizar un mínimo de iluminación artificial de 200 lux, siendo, en cualquier caso, lo óptimo hasta los 500 lux.

La altura de los techos debe ser, como mínimo, a 2,20 metros del suelo, y las salas deben tener una superficie de al menos 3 m² por usuario.

Las zonas de paso tendrán un ancho no inferior a 1,5 metros y necesitarán de pasamanos., así como las puertas serán amplias (nunca inferiores a 0,80 metros de ancho) y, de ser posible, estarán construidas con materiales aislantes, ligeros y de colores claros, que reflejen la luz.

Deberá haber sistemas de calefacción y aire acondicionado para mantener una adecuada temperatura acorde al clima, sistemas de ventilación y eliminación de malos olores.

Las escaleras con medidas de (aproximadamente 2 metros), los escalones (entre 0,28 y 0,34 metros), con bandas antideslizantes en los peldaños, deberán estar anexas a rampas para usuarios en sillas de ruedas y en la entrada del centro y de una altura única, evitando en lo posible plantas superiores y si hubiere, se debe exigir ascensores si hay desniveles de más de 2 metros. El centro deberá estar distribuido en una oficina para la Dirección y Administración, una oficina para un psicólogo y un trabajador social, otra oficina para un médico y una enfermera, una Sala de reuniones, sala de gimnasia, baile, sala de manualidades, sala de computación. Sala de espera o recepción, baños vestidores y cancelas.

5.3.5 Seguridad

Debe ser una estructura que permita una fácil y rápida evacuación, de los usuarios, teniendo en cuenta las limitaciones de movilidad de los usuarios, cámaras de vigilancia y de ser posible un guardia de seguridad y un conserje.

5.3.6 Talento Humano

Se deberá contar con un director o Administrador, psicólogo o trabajador social, un médico que de preferencia sea geriatra y una enfermera, los instructores, guardia de seguridad.

5.3.7 Normativa

Aplicable vigente para el Adulto Mayor, acorde al MIESS.

5.3.8 Procesos y Resultados

Se debe implementar los procesos, resultados mediante indicadores y estándares que sean en base a las expectativas requeridas por el usuario Adulto Mayor, con la finalidad que exista satisfacción en el servicio brindado.

5.3.9 Objetivos de la Propuesta:

a. Objetivos General:

Realizar un Modelo Aplicativo para la mejora de la calidad en estructura, procesos y resultados de los Programas de Atención del Adulto Mayor, administrados por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la Provincia de Pichincha.

b. Objetivos Específicos:

Elaborar procesos de mejora en el Área de Admisión de los usuarios, mediante la creación de fichas del Programa de Atención del Adulto Mayor administrados por el IESS de la provincia de Pichincha.

Establecer las posibles dimensiones de la estructura física, recurso humano, que deberían tener los Centros del Adulto Mayor, de acuerdo a las temáticas (actividades) establecidas por el programa CAAM. Así como a normas técnicas que los rijan.

Crear un modelo de Centro de Atención para el Adulto Mayor que cumpla con los estándares de accesibilidad, seguridad, calidad y estructura.

5. 4 Importancia:

El proyecto analiza el aumento de las estadísticas de la población adulta mayor a nivel nacional y al ser una población vulnerable, excluida y con enfermedades crónicas degenerativas prevalentes, que implica un gasto excesivo a nivel de los dispensarios de salud ya que se requiere utilización de medicamentos, insumos y honorarios médicos; se ha investigado como se encuentran actualmente los centros de atención del adulto mayor administrados por el IESS donde se evidencio la ausencia de calidad, requiriendo implementar un modelo arquitectónico que cumpla con los estándares en instalaciones,

equipamiento, atención profesional, acorde a las necesidades individuales de los usuarios del IESS y poder mejorar su calidad de vida en lo posible.

5.5 Factibilidad / Viabilidad:

Este modelo podría ser factible y viable si las autoridades pertinentes, basados en el presupuesto asignado, tomaran la decisión de aplicar el modelo sugerido para la mejora de la calidad de atención e infraestructura, de los programas del adulto mayor, administrados por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, en la Provincia de Pichincha.

5.6 Plan de Ejecución:

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS cuenta con lugares de recreación ubicados en la provincia de Pichincha, donde particularmente evidencian una problemática por no cumplir con estándares de calidad a nivel de estructura, procesos y resultados, es por ello que la Universidad de las Fuerzas Armadas Espe, mediante el departamento de Ciencias Económicas y Administrativas, contribuye con un anteproyecto que propone la construcción de un nuevo Centro Recreacional para los adultos mayores, que acuden a los centros de atención del adulto mayor administrados por el IESS e implementar procesos en las diferentes actividades.

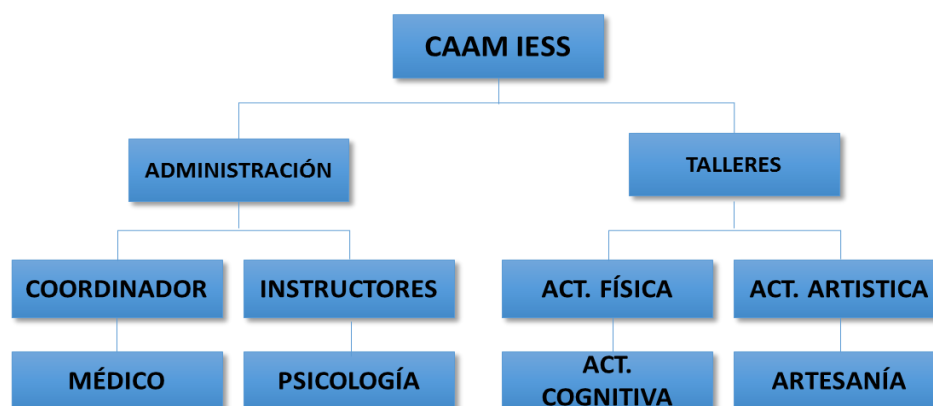


Figura 5. Modelo de estructura organizacional de los CAAM-IESS

5.7 Servicios

Los Centros de Atención del Adulto mayor del IESS representan una contribución significativa para los usuarios adultos mayores de la provincia de Pichincha, brindando servicios de recreación:

Talleres Cultura Física

Talleres de Actividad Artística

Talleres de Manualidades

Talleres del Área Cognitiva



Figura 6. Mapa de procesos CAAM-IESS

5.7 Actividades Propuestas:

Se ha considerado acorde a los datos descritos en la problemática que, a partir del año 2020, hasta el año 2025, con una proyección a 5 años se ejecutara de manera ordenada dando prioridades a los aspectos más importantes y relevantes a cambiarse en cada centro estudiado en la investigación.

Se realizó en el anexo 4 el diagrama de Ishikawa del programa adulto mayor administrados por el IESS, donde se describe los campos que tienen falencias y debemos actuar. Cronograma se adjunta en el anexo 3 de acuerdo con la proyección planteada.

PRIMER AÑO:

Priorizar la Atención al usuario mediante creación procesos acorde al último instructivo del IESS 2014 (**Julia, 2014**).

Las actividades a desarrollarse en los centros de atención al Adulto Mayor, se elaborarán de acuerdo a la planificación que realicen los coordinadores de acuerdo a la cantidad, características de los usuarios, región geográfica.

5.7.1 Procesos:

Se establecerá una secuencia de pasos para solventar el servicio de admisión al Centro del Adulto Mayor de acuerdo al protocolo como se describe en la figura 11.

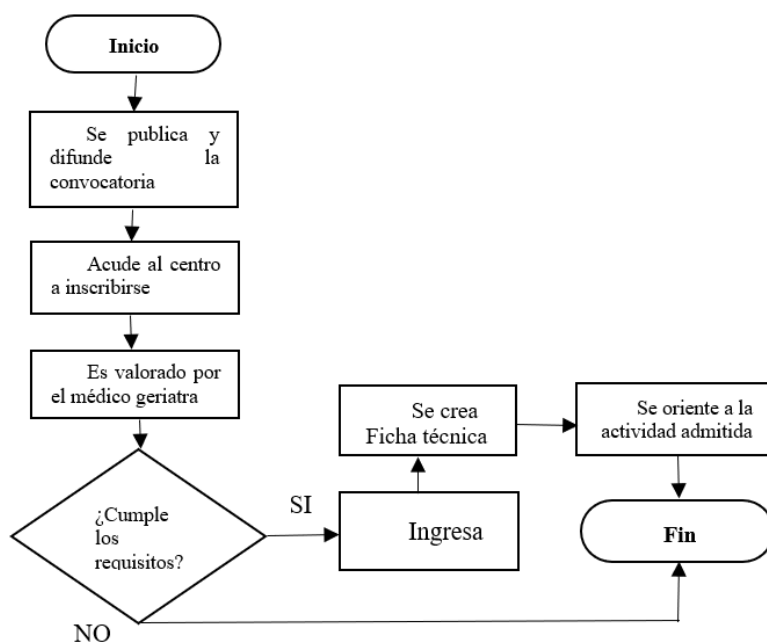


Figura 7. Proceso de Admisión al Centro Ambulatorio del Adulto Mayor administrados por el IESS

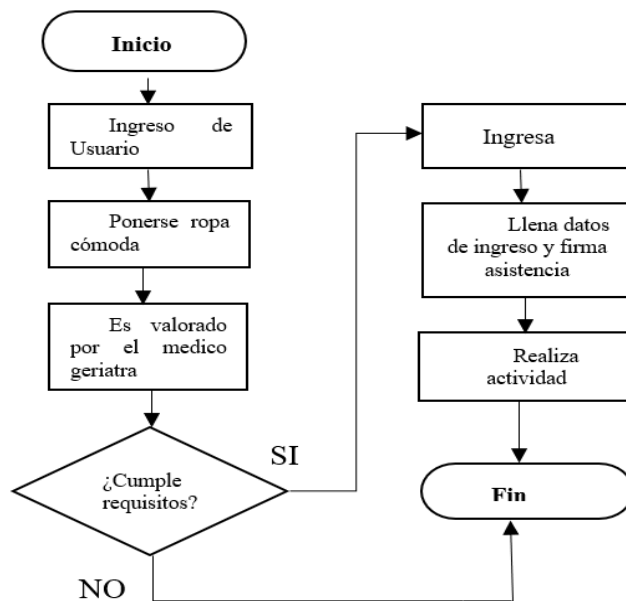


Figura 8. Proceso de Actividad Físico-Recreativa

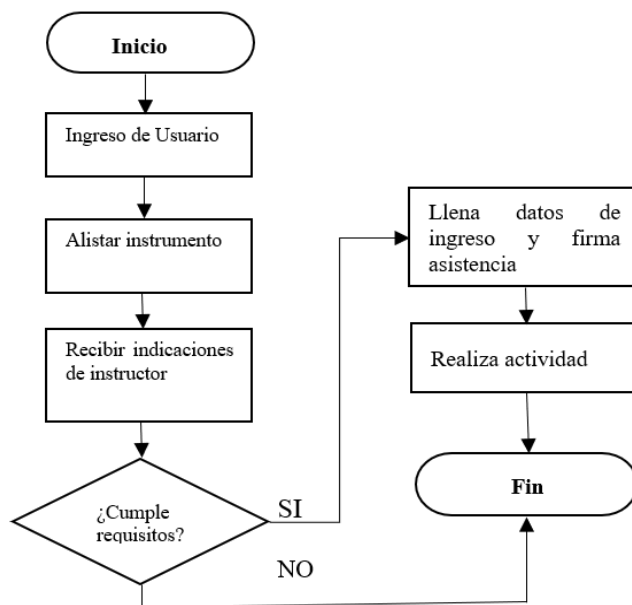


Figura 9. Proceso de Actividades Artísticas

5.7.2 Seguridad en los Centros de Atención al adulto mayor

En la Norma Técnica de la Población Adulta Mayor, en el estándar 38: Plan de gestión de riesgos, emergencias y seguridad en los centros gerontológicos residenciales, diurnos y espacios alternativos, se debe coordinar con el área de gestión de Riesgos para la realización de capacitaciones, verificación de accesos con la respectiva señalética y siguiendo algunos consejos dentro de una institución para personas adultas mayores con el fin de evitar accidentes.

Así mismo que los lugares por donde camine un Adulto Mayor, no presenten obstáculos donde pueda tropezarse o chocarse teniendo en cuenta que los lugares cuenten con iluminación adecuada y con elementos a la altura del paciente.

Se deberá evitar tener los pisos mojados, lisos o resbaladizos, especialmente en el baño habilitando agarraderas en zonas de riesgo, como servicios higiénicos, duchas o pasadizos.

Implementar un plan de Emergencia y Capacitar al personal para que pueda actuar en caso de una emergencia.

5.7.2.1 Normas de Seguridad a la Población Adulta Mayor MIES

En cuanto a la seguridad de las personas adultas mayores se deberá prestar especial cuidado y atención en los siguientes casos:

1. Al momento de ingreso y salida del centro.

2. En salidas recreativas, turísticas, culturales entre otras.
3. Traslados a servicios de salud regentados por el MSP.
4. Contar con protocolos definidos en casos fortuitos de extravío, pérdida o muerte del adulto mayor.
5. Estar alejado de zonas vulnerables o bajo amenaza de alto riesgo de accidentes o eventos adversos previsibles, a un mínimo de 100 metros.
6. En el caso de los usuarios de los diversos servicios, sobre los cuales se sospeche violencia o vulneración de derechos, el centro deberá activar la ruta de denuncia, referencia y realizar el acompañamiento y seguimiento del caso.
7. Para la atención domiciliaria los promotores socializarán con las familias aspectos de prevención, protección en casos de riesgos naturales o antrópicos que deberán contar con un plan de emergencias.

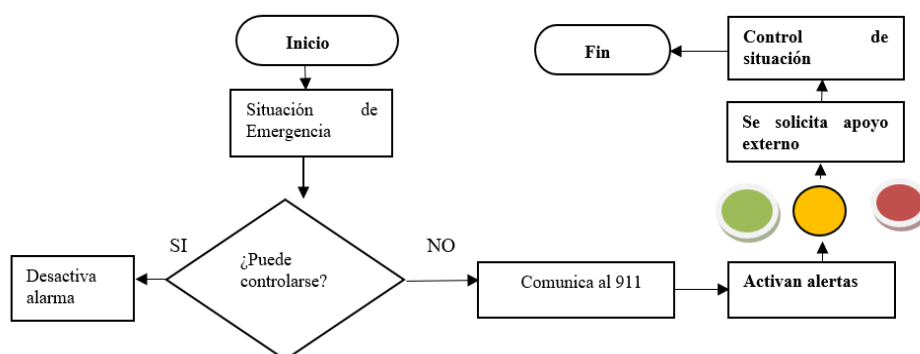


Figura 10 Flujograma Plan de Emergencia CAAM IESS

5.7.2.3 Capacitación en los Centros de Atención al Adulto mayor

Se debe capacitar al personal para que pueda instruir adecuadamente a los adultos mayores.

5.7.2.4 Planificación del CAAM Modelo

SEGUNDO AÑO

Se pretende construir el Modelo CAAM acorde a la normativa vigente y los estándares de calidad más actualizados a nivel nacional e internacional.

Estructura:

Acorde a la bibliografía mencionada y a la normativa vigente teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Ubicación: Se debe buscar un lugar cercano a la residencia de los futuros usuarios, evitando largos y costosos desplazamientos.
2. Tranquilidad del entorno: Buscar zonas con áreas verdes con fácil acceso sin exceso de tráfico.
3. Transporte público: Que el usuario tenga accesibilidad fácil y sin riesgo para transportarse de ida y regreso.
4. Disponer de transporte adaptado: Para el usuario que acude en su propio vehículo o familiar puedan ingresar sin dificultad, o a su vez exista un transporte propio del centro con facilidad de parqueo en ambos casos.

Entre las características de los centros se deben evitar las barreras arquitectónicas y obstáculos que obstruyan la movilidad de los usuarios. Se debe poner a disposición de los

usuarios todo tipo de insumos de apoyo que les ayuden a realizar de manera independiente actividades de la vida diaria. Debe haber sistemas sencillos de señalización, por medio de colores, letreros o carteles, flechas de dirección, se debe implementar espacios que permitan al usuario relajarse lejos de los focos de actividad propios del centro. Debe tener sistemas de seguridad básicos que impidan al usuario abandonar el centro sin previo aviso. Otra de las cosas importantes de un proyecto arquitectónico, se debe prever de tal manera que la edificación permita la ampliación de sus instalaciones en cualquier momento que haya crecimiento de los usuarios. Uno de los puntos claves es la iluminación natural, al igual que la ventilación, y dependiendo del tamaño del centro, se estima una media de 10-15 usuarios, y alrededor de tres profesionales por unidad.

La Seguridad debe cumplir acorde a las normas vigentes de cada país, contemplando planes específicos de contingencias ante accidentes que pudieren ocurrir según la vulnerabilidad del sector. Otra observación importante debe tener una estructura que permita una fácil y rápida evacuación, teniendo en cuenta las limitaciones de movilidad de los usuarios.

Las características están enfocadas en los usuarios adultos mayores donde debe existir:

5. Un espacio al aire libre con luz solar natural, para aprovechar los efectos positivos de la misma y que se permita visualizar desde el interior.
6. Las ventanas deberán ser amplias, a una altura adecuada y contar con sistemas de seguridad en su apertura.
7. La iluminación artificial acorde normativas que establece que la superficie de iluminación en las dependencias será, al menos, de 1/8 de la superficie, e igual o

superior a los 1,20 m2. Se debe ofrecer como mínimo de iluminación artificial de 200 lux, hasta los 500 lux.

8. La altura de los techos debe tener como mínimo, 2,20 metros del suelo, y las salas de trabajo han de tener una superficie de al menos 3 m2 por usuario.
9. Con respecto a las zonas de paso, deben tener un ancho de 1,5 metros y deben contar con pasamanos, acorde a la normativa de accesibilidad.
10. Las puertas serán amplias deben medir mínimo 0,80 metros de ancho y, construidas con materiales aislantes, ligeros y de colores claros, que reflejen la luz.
11. Debe contar con sistemas de calefacción y aire acondicionado que permitan al centro estar a una temperatura adecuada a las características físicas de los usuarios con la ventilación y eliminación de malos olores.
12. El suministro de agua potable, con sistemas que regulen la temperatura.
13. Se debe contar con rampas de accesibilidad, cercanas a las escaleras, en caso de usuarios en sillas de ruedas, accesos a plantas superiores en ascensores.
14. La pendiente máxima para un desnivel será del 8% para desarrollos inferiores a 10 metros por tramo, si bien, los tramos de menos de 3 metros, la inclinación puede ser del 12%. Y la anchura, mínima debe ser de 0,90 metros, sería recomendable aumentarla hasta los 1,5 o incluso 2 metros y provistas de pasamanos.
15. Si desniveles son de más de 2 metros se deben poner ascensores adaptados a las normativas de accesibilidad
16. Las escaleras, en aspectos como el ancho, para que puedan transitar dos personas juntas por ellas (aproximadamente 2 metros), los escalones (entre 0,28 y 0,34 metros), las bandas antideslizantes en los peldaños, etc.

17. La distribución espacial debe tener espacios suficientes para albergar tanto a los usuarios como a los profesionales con áreas claramente diferenciadas.
18. Área profesional Dirección y Administración; oficina para psicólogo, trabajador social, para médico y enfermería
19. Cuarto de Vestuarios y aseo personal
20. Área usuarios Entrada y Recepción Guardarropa usuarios Cocina Comedor Sala polivalente de actividades y/o atención especializada Sala de rehabilitación Sala de descanso Baño y Aseos accesibles Zonas opcionales Zona exterior.
21. Suelo antideslizante. - Ausencia de obstáculos en zonas de circulación.
22. Ayudas técnicas en zonas de circulación, en baños: asideros.
23. Enchufes con dispositivo de prevención de electrocución.
24. Control de ruidos: megafonía, teléfono... - Ausencia de televisores fijos. - Ausencia de espejos fijos. - Iluminación controlada. - Música adecuada a intervalos temporales pausados.
25. El equipamiento deberá estar adaptado a las necesidades de la persona mayor dependiente y poseer las características ergonómicas que garanticen la seguridad del mismo. –
26. Mobiliario estable y sin ángulos
27. Sala de reposo: Contará con sillones o butacas cómodas que permitan el descanso.
28. Deben manejar protocolos de admisión hasta las actividades concretas, reuniones de coordinación, etc.

Recursos humanos y formación del personal siguientes profesionales: Auxiliares de enfermería o Enfermera, Médico, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional y Trabajador social.

“La formación continua de los instructores la desarrollarán los propios profesionales del Equipo Técnico del centro, aunque la acción formativa fundamental se dirige hacia el personal de atención directa continua, es conveniente que la totalidad de profesionales, siempre que las posibilidades organizativas del centro lo permitan, acudan a estas sesiones formativas. En cada centro se diseñará anualmente un programa.” (Fernández Jesús; 2015)

También se debe considerar las siguientes dimensiones estructurales:

Accesos

a. Accesos exteriores

- Evitar o absorber desniveles.
- Zona de aproximación al borde de la rampa o escalera, de 120 cm de ancho.
- Marco en color de alto contraste para remarcar el acceso.
- Puertas de 100 cm de ancho libre como mínimo.



CONTINÚA



b. Accesos interiores

- Puertas en color de alto contraste entre muro y cancel.
- Puertas de 100 cm de ancho libre como mínimo.
- Chapas con manija tipo palanca.
- Abatimiento hacia el muro más cercano si está en esquina.
- Señalización normativa y con relieve en los accesos de locales que atienden al público.



c. Salidas de emergencia

- Señalización normativa, en relieve y color contrastante con el fondo.
- Abatimiento de la puerta hacia el exterior.

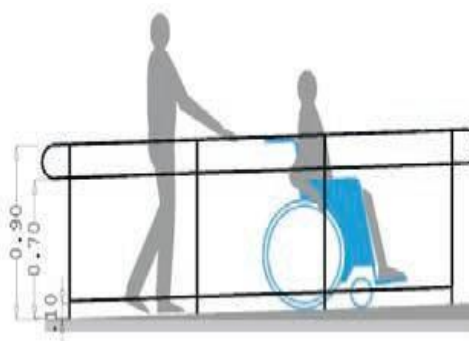


CIRCULACIONES

a. Rampas

Cuando no sea posible evitar los cambios de nivel en pisos deberán ser absorbidos mediante rampas con las siguientes características:

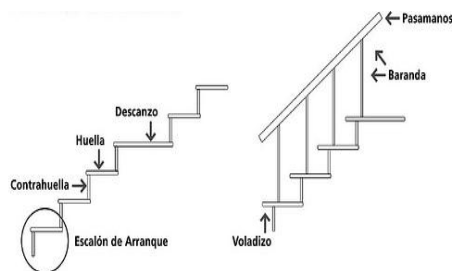
- Ancho libre mínimo de 100 cm.
- Pendiente no mayor del 6 %.
- Bordes laterales de 5 cm de altura.
- Pasamanos laterales con sección redonda de 3.8 cm de diámetro colocados a 75 cm y 90 cm de altura sobre el nivel del piso.
- Piso uniforme y antiderrapante.
- Longitud no mayor de 600 cm.
- Cuando la longitud requerida sobrepase los 600 cm, se considerará descansos de 150 cm de longitud, entre rampas.
- Zona de aproximación a la rampa de 120 cm de ancho, con textura diferente al piso predominante.
- Señalamiento que prohíba la obstrucción de la rampa con cualquier tipo de elemento.
- Símbolo internacional de acceso a personas con discapacidad.



CONTINÚA →

b. Escaleras

- Ancho mínimo de 180 cm.
- Zona de aproximación a la escalera, de 120 cm de ancho, con textura diferente al piso predominante.
- Invariablemente se especificarán para las huellas, materiales con textura antiderrapante.
- Se considerarán como medidas máximas 14 cm para peraltes y 32 cm para huellas.
- Desarrollo de la escalera con un máximo de 15 peraltes.
- Para los primeros 5 cm de la huella, se especificarán materiales antideslizantes de un color contrastante al resto de la huella; para esto, se recomienda el uso de concretos con grava fina, acabado martelinado o grano expuesto.
- Para las huellas podrá especificarse toda la gama de losetas cerámicas, concretos o materiales pétreos, contenidos en la norma correspondiente.
- Pasamanos con sección redonda de 3.8 cm de diámetro colocados en ambos lados a 75 cm y 90 cm del nivel de piso y prolongados 60 cm en el arranque y llegada de la escalera.



c. Elevadores

Se requiere elevador a partir de dos niveles, con las siguientes características:

- Ubicación cercana al acceso principal.
- Área interior libre, de 150 por 150 cm como mínimo. Ancho mínimo de puerta de 100 cm.
- Controles de llamada colocados a 120 cm del nivel de piso a la parte superior.
- Dos tableros de control de niveles colocados en ambos lados de la puerta. En elevadores existentes con dimensiones menores a las especificadas, uno de los tableros se colocará en la pared lateral a la altura ya indicada.
- Barandales interiores colocados a 75 y 90 cm de altura en tres lados, separados 5 cm de la pared.

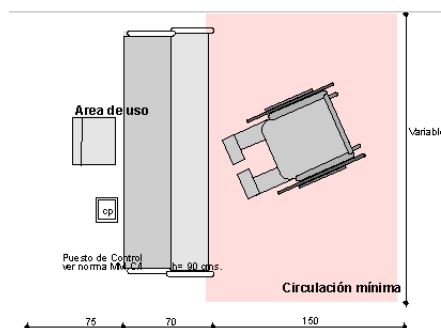


- Los botones contarán con números arábigos en relieve y caracteres en lenguaje Braille, dependiendo del tipo de unidad.
- Los mecanismos de cierre automático de puerta deberán tener 15 segundos de apertura como mínimo.
- Señalización del número de piso en relieve y lenguaje Braille a 140 cm de altura, sobre los controles de llamada.
- Señalización del número de piso en relieve colocado en el marco de la puerta a una altura de 140 cm del nivel de piso terminado.
- Señales audibles y visibles de aviso anticipado de llegada.

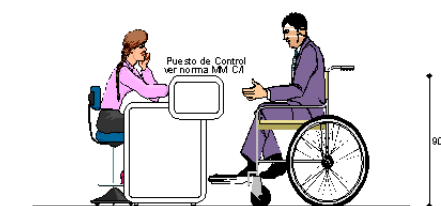
ATENCIÓN AL USUARIO

a. Puesto de Atención

- Las áreas de atención contarán con un mueble de control cuya altura no sea mayor a los 90 cm y que no obstaculice la aproximación de personas en sillas de ruedas.
- Área de atención de 150 cm de ancho como mínimo para permitir el acceso de silla de ruedas.
- Área de uso de 120 por 120 cm para permitir el acceso de silla de ruedas.
- Circulación de acceso al módulo de 150 cm de ancho, cuando no esté integrado al vestíbulo.
- Al menos uno de los aparatos con volumen graduable.



Alzado



b. Salas De Espera

Se destinará un área para personas en silla de ruedas por cada 16 lugares de espera (mínimo uno) con las siguientes características:

- Área de 120 por 120 cm.
- Circulación de 150 cm como mínimo.
- Señalamiento de área reservada.

Se reservará un asiento para personas con muletas o bastones por cada 16 lugares de espera (mínimo uno).

- Señalamiento de área preferencial.



CONTINÚA



CONTINÚA



- Gancho para colgar muletas o bastones, colocado a una altura de 160 cm.

SANITARIOS

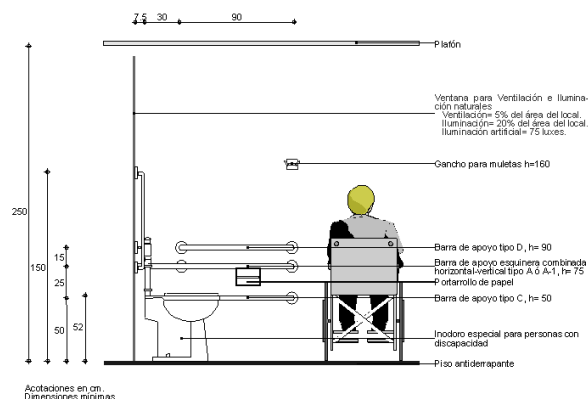
a. Sanitario para personas con muletas.

- Dimensiones de 180 por 180 cm.
- Puertas de 100 cm como mínimo, una de las cuales deberá abatir hacia fuera.
- Barra de apoyo combinada "horizontal - vertical" adyacente a la banca, colocada a 150 cm de altura en su parte superior.
- Barra de apoyo colocada en el extremo opuesto de la barra anterior.
- Gancho para muletas de 12 cm de largo colocado a 160 cm de altura.



b. Sanitario para personas en silla de ruedas

- Dimensiones de 200 cm de fondo por 160 cm de frente.
- Puerta de 100 cm de ancho mínimo.
- Inodoro de 52 cm de altura, colocado a 56 cm de su eje, con respecto al paño de la pared.
- Barras de apoyo horizontales de 90 cm de longitud colocadas a 50 cm y 90 cm de altura del lado de la pared más cercana al inodoro y a 30 cm del muro posterior.
- Barra de apoyo esquinera combinada "horizontal - vertical" colocada a 75 cm de altura del lado de la pared más cercana al inodoro.
- Fluxómetro manual o con sensor de presencia.

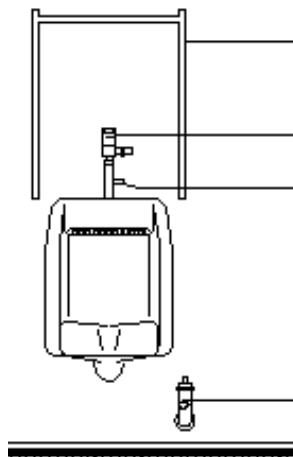


CONTINÚA

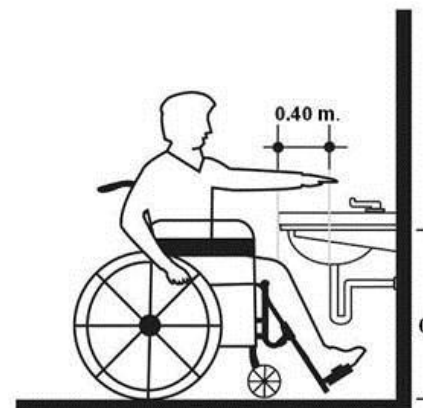


c. Mingitorio.

- Mueble colocado a 45 cm de su eje al paño de los elementos delimitantes.
- Barras verticales de apoyo de 75 cm de longitud, colocadas en la pared posterior a 30 cm del eje del mingitorio en ambos lados del mismo a una altura de 160 cm en su parte superior.
- Gancho o ménsula para colgar muletas, de 12 cm de longitud a una altura de 160 cm en ambos lados del mingitorio.
- Fluxómetro manual o con sensor de presencia.

**d. Lavabos.**

- Mueble colocado a 76 cm de altura libre, anclado al muro para soportar un peso de 100 kg.
- Desagüe hacia la pared posterior para permitir el paso de las piernas de la persona en silla de ruedas.
- Distancia a ejes, de 90 cm entre lavabos.
- Grifo colocado a 35 cm de la pared separados 20 cm entre sí.
- Cuando exista agua caliente, el grifo correspondiente se señalará con color rojo.
- Los manerales serán tipo aleta.
- Los accesorios como toallero y secador de manos se colocarán a 100 cm de altura como máximo.
- Gancho o ménsula para colgar muletas, de 12 cm de longitud, colocado a 160 cm de altura.



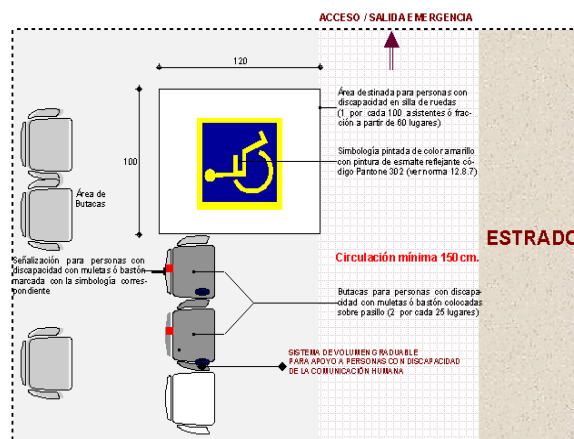
- Piso antideslizante.
- Muros macizos en sanitarios para personas con discapacidad.
- Circulación interna de 150 cm de ancho.
- Puertas del sanitario con abatimiento hacia fuera.
- Barras de apoyo de fierro galvanizado esmaltado o acero inoxidable de 3.8 cm de diámetro.



AUDITORIO

va. Personas en silla de ruedas:

- Dimensiones de 100 cm por 120 cm.
- Señalamiento en el piso con el símbolo internacional de accesibilidad.
- Ubicación cercana a una salida de emergencia al nivel del acceso.
- Considerar un lugar por cada 100 asistentes o fracción a partir de 60 lugares.



b. Personas con muletas o bastones:

- Considerar dos asientos por cada 25 asistentes.
- Señalamiento que indique área preferencial.
- Ubicación cercana a la salida (puede ser la de emergencia) y adyacente al pasillo.



COMEDORES

- Reservar un espacio de 120 cm por 120 cm cercano al acceso, por cada 20 comensales (mínimo uno).
- Circulación interna con un ancho mínimo de 150 cm.
- Mesa de 76 cm de altura libre y asientos removibles.



ESTACIONAMIENTOS

- Reservar un lugar por cada 25 cajones o fracción (mínimo uno).
- Ubicación próxima al acceso de la unidad.
- Dimensiones de 380 cm de ancho por 500 cm de largo.
- Señalamientos: Símbolo internacional de accesibilidad, en el piso, de 160 cm por 160 cm en el centro del cajón. Letrero con el mismo símbolo de 40 cm por 60 cm colocado a 200 cm de altura.



CONTINÚA



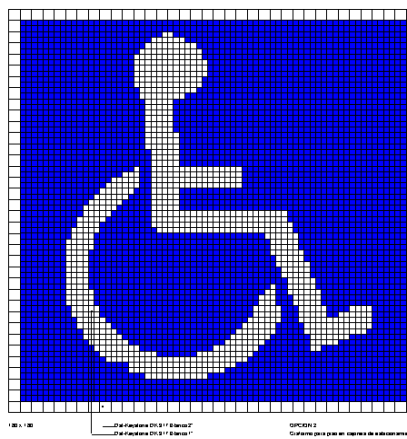
- Se deberá considerar un área de acceso a la plaza de 220 cm de ancho por rampa, de acuerdo con la norma.

SEÑALIZACIÓN

a. Señalización visual.

Las señalizaciones visuales deberán estar claramente definidas en su forma, color (contrastante) y grafismo.

- Deberán estar bien iluminadas.
- Las superficies no causarán reflejos que dificulten la lectura del texto o identificación del pictograma.
- No se deberán colocar señales bajo materiales reflejantes.
- Diferenciar el texto principal, de la leyenda secundaria.



b. Señalización Táctil.

- Las señales táctiles deberán realizarse en relieve contrastado, no lacerante y de dimensiones abarcables.
- Las señales táctiles que indiquen la proximidad de un desnivel o cambio de dirección, deberán realizarse mediante un cambio de textura en el pavimento.
- En los casos que se requiera una orientación especial para personas ciegas, las señales táctiles se dispondrán en los accesos a una altura de 140 cm, en pasamanos y en cintas que acompañen los recorridos.



c. Señalización Sonora.

- Las señales sonoras deberán ser emitidas de manera distinguible e interpretable.
- Los emisores de señales visuales y acústicas que se coloquen suspendidos, deberán estar a una altura superior a 210 cm.



CONTINÚA



TERCER AÑO

Evaluar los CAAM y valorar el impacto para reformar y adaptar el resto de CAAMS mediante, el componente de financiamiento, permitir asegurar los recursos necesarios para el cumplimiento de los proyectos en salud, el conjunto de prestaciones y las inversiones en infraestructura y equipamientos del sector público.

El programa de los CAAM tiene asignado un presupuesto anual para lograr el cumplimiento de sus actividades, priorizando los recursos que se destinarán para el cumplimiento de objetivos sociales, incluyéndose en el Plan Toda una Vida.

Se debe realizar una reforma presupuestaria para establecer pagos y contrataciones de profesionales, así como la ejecución de proyectos y construcciones (proyecto nuevo CAAM) de acuerdo con los siguientes aspectos.

Tabla 82

Talento Humano que se requiere en un Centro del Adulto Mayor MIES

ORD	TALENTO HUMANO	ACTIVIDAD COGNITIVA	ACTIVIDAD FISICA	AREA ADMINISTRATIVA
01	Coordinador	--	--	01
02	Guardianía	--	--	02
03	Trabajadora Social	--	--	01
04	Gerontólogo	--	--	01
05	Instructor de baile	--	02	--
06	Instructor de manualidades	01	--	--
07	Instructor de informática	01	--	--
08	Instructor de pintura	01	--	--
09	Psicólogo	--	--	01
10	Contador	--	--	01

Así mismo se debe iniciar con la implementación de muebles y equipamiento tanto para el nuevo CAAM, según las especificaciones técnicas y ergonómicas de salud.

Tabla 83

Inventario que se requiere en un Centro del Adulto Mayor Guía España

ORD	RECURSO BIENES/INMUEBLES	ACTIVIDAD COGNITIVA	ACTIVIDAD FÍSICA	AREA ADMINISTRATIVA
01	Escritorios	--	--	04
02	Camilla de exploración más escalón y taburete	--	--	01
03	Mesas de trabajo (madera/metal)	10	--	01
04	Mesas escritorio computador	15	--	--
05	Lokers metálicos	20	31	05
06	Sillas oficina	--	--	04
07	Sillas madera ergonómicas	40	--	--
08	Sillas metálicas/cuero	20	--	--
09	Sillas plásticas ergonómicas	50	--	--
10	Colchoneta de tatami	--	31	--
11	Pelotas de terapia pro-serie	--	31	--
12	Gabinetes de madera exhibidor	05	--	--
13	Archivadores de oficina	--	--	04

Tabla 2

Implementación Equipos CAAM guía España

ORD	RECURSO EQUIPOS	ACTIVIDAD COGNITIVA	ACTIVIDAD FÍSICA	ÁREA ADMINISTRATIVA
01	Computador escritorio			04
02	Computadores básicos	15		
03	Equipo de sonido		01	
04	Balanza electrónica		01	
05	Radios portátiles rx/tx			03
06	Sistema de cctv			01
07	Proyector vga			01
08	Cámara video/filmadora			01
09	Kit primeros auxilios	01	01	01
10	Fonendoscopio			01
11	Bascula con tallímetro			01
12	Esfigmomanómetro			01

CUARTO AÑO

La ejecución de las actividades planificadas mediante cronograma de horarios según la demanda y requerimiento acorde a lo determinado mediante una valoración médica, para establecer que temática es recomendable en su mejoramiento de calidad de vida.

Según MIES 2010, las unidades de atención planificarán y programarán de manera semanal, mensual y anual sus actividades. Documentarán y realizarán el seguimiento y evaluación de las acciones encaminadas al cumplimiento de los estándares de calidad definidos en la normativa técnica, e implementarán los planes de mejora continua de calidad correspondientes.

Posterior se establecerá la Implementación de Nuevo CAAM acorde al Modelo Inicial.

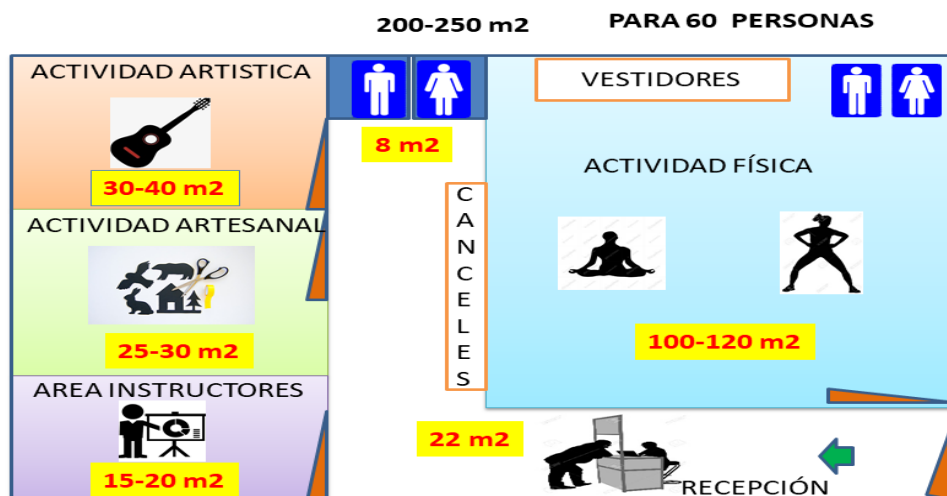


Figura 11. Implementación del segundo CAAM con estándares recomendados.

QUINTO AÑO

La medición a la calidad del servicio otorgado por parte del CAAM (empleados de planta y contratados), servirá para establecer la mejora continua en la ejecución del programa del Adulto Mayor.

Así mismo el control y monitoreo nos ayudará a verificar la eficiencia y eficacia en la ejecución del proyecto mediante la identificación de sus logros y debilidades y, en consecuencia, poder recomendar medidas correctivas para optimizar los resultados esperados.

Los CAAM deberán levantar expedientes personales de cada uno de los usuarios, en el que se hará constar de manera permanente, las intervenciones realizadas con el Adulto Mayor en el que se pueda visibilizar los avances, la evolución del usuario, las prescripciones y toda novedad relacionada con su estado psicofísico. Expediente que estará bajo la responsabilidad del coordinador del centro y servicio aplicado a la normativa vigente del MIES.

Tabla 57

Cronograma General para la aplicación de modelo de mejora de los CAAM-IESS

ORD.	ACTIVIDAD	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
01	Capacitación en Gestión de la Administración. Seguridad. - Implementación de planes de emergencia y construcción de sistemas de seguridad.	X				
02	Gestión de los recursos. - Planificación, del CAAM Modelo Construcción del CAAM modelo Valoración del Impacto. - se realizará mediciones a los beneficiarios y población ecuatoriana.		X			
03	Evaluación del CAAM Modelo. - valorar el impacto y hacer reformas puntuales en los diferentes CAAM, dar seguimiento, valorar impacto y resultados.			X		
04	Construcción de un nuevo CAAM, y modificaciones en los Centros de Atención al Adulto Mayo, según el modelo (estructura, procesos y resultados).				X	
05	Modificaciones en los Centros de atención al Adulto Mayor según el modelo estructura, equipos y talento humano. Dar seguimiento, valorar impacto y resultados					X

NOTA.- La celda marcada, es el año en que se ejecutará la actividad mencionada.

Un programa que ayuda a mejora la calidad y que podría ser un éxito debe centrarse en el cliente y ser multidisciplinario, valorando todas las posibles mejoras en la atención de los profesionales que participan en el proceso de forma eficiente y viable, resolviendo los problemas y cumpliendo a tiempo las metas y objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Accesible, C. (s.f.). *Google*. Obtenido de http://www.ciudadaccesible.cl/wp-content/uploads/2014/04/Ficha-10_Rampas.pdf
- al., B. e. (1975). *Google*. Obtenido de <http://www.neuropsicol.org/Protocol/mmse30.pdf>
- all, B. e. (2002). *Cuestionario Servqual*. Obtenido de <https://cbarra.webs.ull.es/GRADO/1006/SERVQUAL%20Y%20OTROS%20CENTROS%20OCUPACIONALES%20TENERIFE.pdf>
- all, C. G. (2012). *Actividad Física y calidad de vida en Adultos Mayores*. Obtenido de <http://eprints.uanl.mx/4476/1/Capitulos%20de%20libro.pdf>
- all, D. J. (2017). Evaluación del minimal abreviado. *Revista Med Chile* 2017, 7.
- all, E. (2012). *Journal of Sport and Health Research*. Obtenido de RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA ADULTOS: http://journalshr.com/papers/Vol%204_N%203/V04_3_3.pdf
- all, G. e. (2017). *Elsevier*. Obtenido de pag: 27, 28 ,29: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494317302777>
- all, J. A. (2014). *Google*. Obtenido de Revista Cubana de Salud Publica : <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2014/csp142c.pdf>
- all, M. e. (2015). El uso de podómetros para incrementar la actividad física en población adulta: una. *Clinica y Salud*, 9.
- all, N. B. (2018). *Science Direct*. Obtenido de pags: 10, 11, 15: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1697260017300686#!>
- all, V. M. (2016). *Google*. Obtenido de Estandares de Calidad para establecimientos de larga estancia del adulto mayor: elam chile adulto mayor
- Allevato, M., & Jonh, G. (2008). *Envejecimiento*. Obtenido de http://www.atdermae.com/pdfs/atd_31_03_02.pdf
- Alzheimer, G. d. (2003). *Glosario Gerontologico Accesibilidad*. Obtenido de http://www.senama.gob.cl/storage/docs/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf
- Ardila, N. G. (2015). *Google*. Obtenido de <http://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/291/266>
- Botero de Mejía. (2007). *Google*. (1. pag, Editor) Obtenido de Revista Hacia la Promoción de la Salud: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126689002.pdf>
- Carlos, R. (1999). *Funlibre*. Obtenido de <http://www.redcreacion.org/articulos/terceraedad.html>
- Castañeda, N. G. (2016). Obtenido de https://ac.els-cdn.com/S012056331600070X/1-s2.0-S012056331600070X-main.pdf?_tid=72632c0d-6969-424f-bdc1-5e851fab4fc&acdnat=1522163323_a1e90dfecbe6aeee90f5a3fda9d28a04
- Castellanos, J., & all, e. (2017). *CONDICIÓN FÍSICA FUNCIONAL DE ADULTOS MAYORES DE CENTROS DÍA, VIDA, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v22n2/0121-7577-hpsal-22-02-00084.pdf>
- Cho, J. (2011). *Journal of Aging Research*. Obtenido de pags:2,3,4,5: https://www.researchgate.net/profile/Maurice_Macdonald/publication/51484616_The_Relationship_between_Physical_Health_and_Psychological_Well-Being_among_Oldest-Old_Adults/links/0912f50a3c4d1d4305000000/The-Relationship-between-Physical-Health-and-Psycholog

- Cisternas, C., & all, e. (2017). Efectos de un programa de ejercicio físico combinado. *Elsevier*, 7.
- Constitución Política del Ecuador. (2008).
- Díaz, R. (2002/2017). Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios. *EL Servier*, 8.
- Diseño, C. I. (s.f.). *Google*. Obtenido de <http://www.adapta.com.mx/ayudas-tecnicas>
- EDITH, V. T. (2006). *Google*. Obtenido de CENTRO DE ATENCIÓN Y RECREACIÓN PARA ADULTOS: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/lote01/Vega-Barbara.pdf>
- EDUTEKA. (2016). *Googel*. Obtenido de <http://eduteka.icesi.edu.co/pdfdir/GuiaGavilan.pdf>
- Genis, C., & Joan, F. (2001). Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia. *calidad: metodología, ventajas y limitaciones*, 9.
- González, I. B., & all, e. (2014). *El Servier DOYMA* . Obtenido de El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios: https://ac.els-cdn.com/S0123592314001624/1-s2.0-S0123592314001624-main.pdf?_tid=c2d837d5-8d75-4191-ba97-d2a333433944&acdnat=1535461246_722f4cda73cb135d935afdd96489403a
- Hernandez, J., & all, e. (2016). *SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UN ÁREA RURAL Y URBANA DEL PERÚ*. Obtenido de <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2551/2448>
- Herrera, M. P. (2015). *Google Academico*. Obtenido de <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/887>
- Huenchuan, S. (2013). *Los Derechos de las personas mayores en el ambito internacional*. Obtenido de https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/51618/Derechos_PMayores_M2.pdf pags :5,7,8,10 y13:
- Inclusion, M. d. (2010). *Google*. Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/ecuador-lidera-investigaciones-sobre-adultos-mayores/>
- INEC. (2008). *Google*. Obtenido de http://www.ecuadrencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf
- ISFA. (s.f.). *Google*. Obtenido de <http://www.issfa.mil.ec/servicios/bienestar-social-main/programa-del-adulto-mayor.html>
- Ivan, S. (marzo de 2017). Evaluación del riesgo cardiovascular en adultos mayores utilizando el modelo SCORE OP en una población latinoamericana: experiencia en Ecuador. *Medicina Clinica*, 150(3). Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-evaluacion-del-riesgo-cardiovascular-adultos-S0025775317306498>
- Jaime, L. R. (2016). *Google*. Obtenido de <http://etimologias.dechile.net/?tesis>
- Jesus, F. (2015). *Guia sobre Centros de Dia para Personas Mayores Dependientes*. Obtenido de http://www.oiss.org/IMG/pdf/GUIA_DE_CENTROS_DE_DIA_prog-Ib-def.pdf
- Jeysi, S. (2017). Caracterización de ancianos centenarios con dependencia. *Revista de Informacìon Científica* , 9.
- Jimenez, G. (2017). *ADULTO MAYOR, BIENESTAR Y PRÁCTICA SISTEMÁTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA. UNA*. Obtenido de <https://recyt.fecyt.es/index.php/profesorado/article/view/63776/38732>
- Jimenez, P. (1998). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bioestadistica/metodologia_de_la_investigacion_1998.pdf

- Julia, E. (2014). *Instructivo para la Ejecución del Programa Nacional de Promoción del Envejecimiento Activo IESS*. Obtenido de <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/2907731/Instructivo+Programa+Adulto+Mayor.pdf>
- Julián, M. F. (2008). *Google Academico*. Recuperado el 25 de noviembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400010
- Karina, C. (2017). *Protocolo para la Atención de las personas adultas mayores*. Obtenido de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Protocolo_PAM.pdf
- M.Buco, C. E. (2018). *Science Direct*. Obtenido de pags:262,263, 264: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494318301444>
- Maria, Z., & all, e. (2008). *Revista de Investigación y educación*. Obtenido de Google: <http://www.redalyc.org/html/1052/105215231002/>
- Mayores, E. P. (2007). *Glosario Especializado en Geriatria*. Obtenido de <https://www.fisioterapeutes.cat/fitxers/colegiats/comissions/geriatria/documents/documentacio/glosario.pdf>
- Mexico, G. P. (2013). *Google Academico*. Obtenido de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_657_13_dxxytxde dmenadultovulnerable/imss_657_13_dxxytxde_dm_en_adultovulnerableger.pdf
- Mies. (2012). *AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES*. Obtenido de <https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Ecuador.pdf>
- MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y . (2012). *Google Academico*. Obtenido de <https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/ecuador.pdf>
- Nacional, C. (2004). *LEY DE PREVENCIÓN, PROTECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA DIABETES*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Preveni%C3%B3n-Protecci%C3%B3n-y-Atenci%C3%B3n-de-la-Diabetes.pdf>
- Nacional, C. (2006-2007). *Google*. Obtenido de Ley del Anciano: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/Ley%20anciano%20reglamento.pdf>
- OMS, O. M. (2015). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Obtenido de <http://www.who.int/ageing/es/>
- Pak-KwongChunb, Y. &. (2017). *Elservier -Scopus*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494316303016>
- Paredes, F. (2006). *El Presupuesto Publico Aspectos Teorico Practicos*. Venezolana C.A.
- Paredes, F. (2011). *presupuesto Publico Aspectos Teorico practicos* (2011 ed.). Venezolana S.A. Obtenido de <http://www.serbi.ula.ve/serbiula/librose/pva/Libros%20de%20PVA%20para%20libro%20digital/presupuesto%20publico.pdf>
- Parra, J., & all, e. (2015). Evaluación de un programa de ejercicio físico supervisado en pacientes sedentarios mayores de 65 años con diabetes mellitus tipo 2. *Atención Primaria*, 47(9). Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-un-programa-ejercicio-fisico-S0212656715000372>
- Peña, P. C. (2009). *Medigrafi*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2009/rmq092b.pdf>

- Plutarco, N. (2007). *La Equidad en la Mira*. Obtenido de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=vigilancia-sanitaria-y-atencion-de-las-enfermedades&alias=58-la-equidad-en-la-mira-la-salud-publica-del-ecuador-durante-las-ultimas-decadas&Itemid=599
- Quito, M. d. (s.f.). *Google*. Obtenido de <https://www.patronato.quito.gob.ec/sistema-integral-de-atencion-al-adulto-mayor.html>
- Ramirez, V., & all, e. (2015). *Revista Científica Ingeniería y Desarrollo*. Obtenido de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/ingenieria/article/viewArticle/6451/7809>
- Rina, O. (2017). *revargentendocrinolmetab.2017;54(4):160–168* www.elsevier.es/raem REVISTA ARGENTINA DE ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO Trabajo original Influencia de la actividad física y el consumo calórico sobre la adiposidad visceral en adultos de la ciudad de Cuenca, Ecuador. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*, 9.
- Rodriguez, R. (2017). Detección de riesgo cardiovascular en trabajadores del sector salud con base en los criterios OMS/JNC 7/ATP III. *Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(3). Obtenido de http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/rt/printerFriendly/284/2047
- Rosa, S. (2001). *Google*. Obtenido de LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN : http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- Rosey, J. C. (2013). *Google*. Obtenido de <https://www.gestiopolis.com/calidad-concepto-y-filosofias-deming-juran-ishikawa-y-crosby/#concepto-de-calidad>
- Salud), O. (. (2015). *Enfermedades no Transmisibles*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Salud), O. M. (2014). *Envejecer bien», una prioridad mundial*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/>
- Salud), O. M. (2017). *Enfermedades Crónicas*. Obtenido de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Salud9, O. M. (2016). *Informe Mundial sobre la Diabetes*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1
- Suarez, R., & Pesceto, C. (2005). *Sistemas de protección Social para el Adulto Mayor en América Latina y el Caribe*. Obtenido de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v17n5-6/419-428/es>
- Urbanismo, M. d. (2016). *Google*. Obtenido de https://www.leychile.cl/Consulta/m/norma_plana?org=&idNorma=1090653
- Valenzuela, M. J. (2016). *Estandares de calidad para establecimientos del Adulto mayor*. Obtenido de http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estandares_Calidad-ELEAM.pdf
- Victor, M. (2010). *La Población Adulto Mayor en la ciudad de Quito, Estudio de la Situación Sociodemográfica y Socioeconómica*. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf