

3413

539

CREACIÓN DE UNA I.P.S. PARA LA TERCERA EDAD
CON SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS

MARTHA DÍAZ
SANDRA SANDOVAL

29-6-01-114

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE INSTITUCIONES
DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.

1995

CREACIÓN DE UNA I.P.S. PARA LA TERCERA EDAD
CON SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS

MARTHA DÍAZ

SANDRA SANDOVAL

Trabajo de Grado para optar al título de
POSTGRADO EN GERENCIA DE INSTITUCIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL

Dr. GUILLERMO RESTREPO

Director

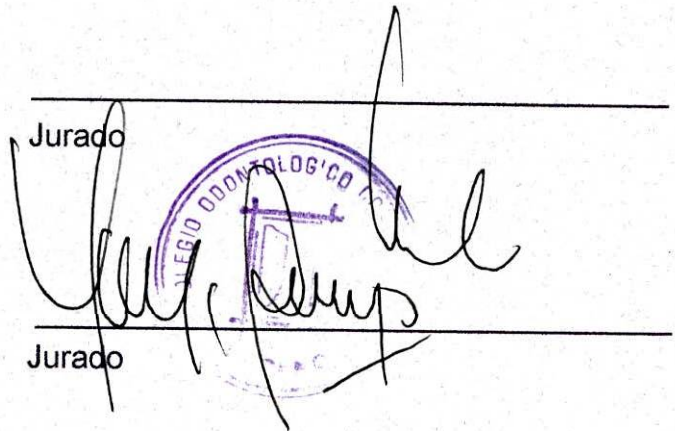
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE INSTITUCIONES
DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.

1995

Nota de Aceptación

Jurado

Jurado



Jurado

The image shows three handwritten signatures in black ink, each written over a horizontal line. A purple circular stamp is overlaid on the middle signature. The stamp contains the text 'COLEGIO ODONTOLÓGICO DE CHILE' around the perimeter and a central emblem featuring a caduceus and a scale of justice.

Noviembre 14 de 1995

DEDICATORIA

*Todo mi esfuerzo, mi voluntad y decisión
a mis padres y hermanos, de quienes
siempre recibí desinteresado apoyo, y a
la memoria del Dr. Alfonso Darío Díaz
Triviño, quien supo orientarme en el
camino de la superación.*

SANDRA

*A mis queridos padres y a mis hijos
Karen y Mauricio, por el tiempo que les
robé; yo sé que lo sabrán entender.*

MARTHA

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Dr. GUILLERMO RESTREPO, Director de Postgrado de Gerencia de Instituciones y Seguridad Social

Los profesores y compañeros del Colegio Odontológico Colombiano.

A los compañeros de trabajo del ISS por su permanente apoyo.

A los pensionados del ISS, CAA Central y Casa del Pensionado del Quiroga, quienes con su generosa colaboración hicieron posible la realización de este estudio.

Al ISS por intermedio del servicio de Promoción y Prevención de la Salud y Sección de Servicios complementarios, quienes nos facilitaron la infraestructura para el desarrollo del estudio.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
0. INTRODUCCIÓN	1
1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	3
2. OBJETIVOS	10
2.1 GENERAL	10
2.2 ESPECÍFICOS	10
3. JUSTIFICACIÓN	12
4. MARCO DE REFERENCIA	14
4.1 ASPECTO LEGAL	14
4.1.1 Trámites comerciales	14
4.1.2 Trámites tributarios	15
4.1.3 Trámites de funcionamiento	16
4.1.4 Trámites de seguridad laboral	16
4.1.5 Constitución de 1991	17
4.1.6 Ley 100	18
4.2 ANTECEDENTES	19
4.2.1 Diagnóstico inicial	19

4.2.2	Qué se hace en el Seguro Social?	21
4.3	MARCO TEÓRICO	23
4.3.1	Vejez	23
4.3.1.1	Calidad de vida y su relación con la salud de la tercera edad	28
4.3.1.2	Vivienda	32
4.3.1.3	La vejez y el desarrollo social	33
4.3.1.4	La tercera edad y la dimensión de las posibilidades de trabajar	34
4.3.1.5	El apoyo familiar y los ancianos	36
4.3.1.6	Apoyo social y económico a las personas de edad sin familia	37
4.3.1.7	Valores en los ancianos	38
4.3.1.8	El deporte y la educación física en la tercera edad	40
4.3.2	Organización Mundial de la Salud (OMS)	42
4.3.3	Ministerio de Salud de Colombia	49
5.	METODOLOGÍA	53
5.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	53
5.2	MUESTREO	54
5.2.1	Universo	54
5.2.2	Determinación del tamaño de la muestra	55
5.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	57
5.4	PROCEDIMIENTO	60
6.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	61
6.1	CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA	62
6.1.1	Resultados	62

6.1.2	Conclusiones Cuestionario Calidad de Vida	84
6.2	CUESTIONARIO HISTORIA CLÍNICA	87
6.2.1	Resultados	87
6.2.2	Conclusiones Cuestionario Historia Clínica	93
7.	PROPUESTAS Y CONCLUSIONES	96
7.1	PROPUESTA	96
7.1.1	Misión	96
7.1.2	Valores	97
7.1.3	Análisis económico y operacional I.P.S	99
7.2	CONCLUSIONES	122
	BIBLIOGRAFÍA	124
	ANEXOS	126

LISTA DE TABLAS

	Pág	
TABLA 1	Distribución gerontes por regiones	24
TABLA 2	Estado civil	63
TABLA 3	Tipo de pensión	65
TABLA 4	Tipo de vivienda	66
TABLA 5	Tenencia de la vivienda	67
TABLA 6	Cohabitan con....	69
TABLA 7	Ingreso mensual personal	70
TABLA 8	Gasto del ingreso	72
TABLA 9	Nostalgia por la vida laboral	73
TABLA 10	Ocupación del tiempo libre	74
TABLA 11	Preparación para pensionarse	76
TABLA 12	Grado de satisfacción	77
TABLA 13	Expectativas de vida	79
TABLA 14	Comparten su vida	80
TABLA 15	Actividades en familia	82
TABLA 16	Adquirir conocimientos	83
TABLA 17	Reconocimiento familiar	85

TABLA 18	Número de consultas al año	88
TABLA 19	Exámenes de laboratorio (mayores frecuencias)	89
TABLA 20	Imagenología	91
TABLA 21	Diagnósticos (mayores frecuencias)	92
TABLA 22	Muestra de medicamentos (mayores frecuencias)	94

LISTA DE FIGURAS

	Pág
FIGURA 1 Cobertura del sistema de Salud	8
FIGURA 2 Distribución gerontes por regiones	24
FIGURA 3 Estado civil	63
FIGURA 4 Tipo de pensión	65
FIGURA 5 Tipo de vivienda	66
FIGURA 6 Tenencia de la vivienda	67
FIGURA 7 Cohabitan con	69
FIGURA 8 Ingreso mensual personal	70
FIGURA 9 Gasto del ingreso	72
FIGURA 10 Nostalgia por la vida laboral	73
FIGURA 11 Ocupación del tiempo libre	74
FIGURA 12 Preparación para pensionarse	76
FIGURA 13 Grado de satisfacción	77
FIGURA 14 Expectativas de vida (mayores frecuencias)	79
FIGURA 15 Comparten su vida	80
FIGURA 16 Actividades en familia	82
FIGURA 17 Adquirir conocimientos	83

FIGURA 18	Reconocimiento familiar	85
FIGURA 19	Número de consultas al año	88
FIGURA 20	Exámenes de laboratorio (mayores frecuencias)	89
FIGURA 21	Imagenología (mayores frecuencias)	91
FIGURA 22	Diagnósticos (mayores frecuencias)	92
FIGURA 23	Suministro de medicamentos (mayores frecuencias)	94
FIGURA 24	Diseño de la habitación	107
FIGURA 25	Plano Primer Nivel	108
FIGURA 26	Plano Segundo Nivel	109

LISTA DE ANEXOS

		Pág
ANEXO A	Encuesta para identificar la calidad de vida	127
ANEXO B	Análisis en historia clínica	130
ANEXO C	Cuadro Exámenes de Laboratorio	132
ANEXO D	Cuadro Imagenología	134
ANEXO E	Cuadro Diagnósticos	135
ANEXO F	Cuadro Muestra de medicamentos	138

0. INTRODUCCIÓN

La oportunidad que brinda la Ley 100 de poder establecer un buen sistema de Seguridad Social, es una ocasión propicia para servir a la gente que más necesita de la atención es esta área. Las personas de la Tercera Edad son protagonistas en las reglamentaciones de la mencionada Ley.

El propósito del presente trabajo es diseñar una I.P.S. para la Tercera Edad con Servicios Sociales en Salud, de acuerdo con la Ley 100. Se aplicó una encuesta a las personas de edad para determinar el nivel de vida y se realizó también el análisis de las Historias Clínicas de los pensionados.

Uno de los alcances del presente trabajo es mostrar cómo viven, cuáles son las expectativas de las personas de la Tercera Edad y cómo se puede ayudar a un mejor vivir a este grupo humano.

Las personas de la Tercera Edad con su experiencia, aportan elementos valiosos para nuevos estudios, los cuales tendrán una clara tendencia hacia el bienestar integral basado en los valores sociales.



1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Los adultos mayores de 60 años representan un vasto sector de la población de Colombia y supuestamente son consideradas enfermas, solitarias y en la mayoría de los casos, carentes de recursos. Nada más equivocada y ofensiva esta idea hacia quienes representan la experiencia enriquecedora de una sociedad, porque ellos se sienten inútiles y desechados y actúan en consecuencia, como lo comenta Eisdorfer "Nuestras creencias basadas en la ficción han relegado a los ancianos a un estado productivo deficiente, inactivo e inútil, con la pérdida de prácticamente todo lo que contribuye a la capacidad personal, el desempeño, los roles y la condición social (estatus) de las personas" (1983, 198). No se puede tratar a la senectud como una enfermedad y a los ancianos como dependientes de su familia que debe cuidarlos y mantenerlos.

Se tiene que enfatizar con mucha claridad que la vejez natural no incapacita, sino que la actividad debe estar acorde con la edad; por ejemplo, el hacer ejercicio es una actividad muy propicia para personas de la Tercera Edad,

disfrutar de espectáculos culturales es también una necesidad para la distracción de estas personas. Si las personas adultas hubieran comenzado desde antes su preparación para esta edad, como utilizar sus recursos intelectuales y físicos con mayor efectividad, en la etapa senil serían personas más fuertes y por lo mismo, más activas.

Si se miran las relaciones sociales en nuestro medio, éstas limitan el accionar y modo de vida de los ancianos, pero "también les muestran otras oportunidades y experiencias sociales gratificantes para las personas de edad" (Kahana, 1982, 871). Entre estas oportunidades, en Colombia antes de la Nueva Constitución y de la promulgación de la Ley 100, existían Centros de Bienestar del Anciano, Hogares dedicados a la atención del geronte y Clínicas, que se limitaban al suministro de alimentación y salud de los ancianos, en medio de una estructura física deficiente y pobre asistencia profesional, brindándole al anciano una oportunidad, que a costos elevados pudiera terminar su vida de una manera vegetativa y sintiéndose improductivo en su entorno.

Porque en este medio se ha considerado al anciano a través de los años, como un generador de problemas para la familia y la sociedad. Todo por la improductividad a que se ven enfrentadas las personas de la Tercera Edad, una vez han terminado su ciclo laboral y esto las convierte en una carga de la cual todos quieren deshacerse, pues sus facultades físicas y mentales comienzan a

verse deterioradas con el paso de los años, ocasionando dependencia para la realización de sus actividades cotidianas.

Sin embargo el problema se agrava cuando se trata de ancianos desprotegidos o aquellos quienes por causas propias de la edad, presentan patologías limitantes que hacen necesaria una intervención más directa de los equipos de salud.

Sumado a los anterior, está la influencia de los patrones culturales que atribuyen al viejo características de dependencia, deterioro físico y mental, incapacidad y enfermedad. La sociedad actual contribuye con el aislamiento y falta de rol social para los ancianos. Por todo ello, se hace necesario la implantación de programas de promoción y prevención desde el seno de la familia, en la escuela, en el trabajo.

Un elemento importante en el tratamiento de la vejez es el hecho de que el anciano debe estar rodeado de familia y amigos. En este medio, lo primero que se hace es aislar al anciano de su núcleo familiar y de su círculo de amigos, perdiendo con ello "una fuente de alegría caracterizada por la apertura, la reciprocidad y la dignidad que los ayuda a cuidar más de sí mismos y por lo mismo a gozar de mejor salud" (Cutrona, Russel y Rose, 1986, 48).

Como todas las personas que laboran van a enfrentar la jubilación, se hace necesario prepararlas para que sus reacciones sean canalizadas positivamente y no se caiga en la autocompasión y en el sentimiento de inutilidad. Es importante que los jubilados, no sigan como hasta ahora, viendo pasar la vida de los demás sino que planeen su vida de retirado como les plazca.

También la viudez en una persona de la Tercera Edad tiene repercusiones que en muchos casos pueden ser graves, de tal manera que " adaptarse a la pérdida del cónyuge puede llevar mucho tiempo aunque puede reducirse si la persona tiene cuando menos un amigo cercano que le proporcione cuidados y apoyo durante el período de ajuste" (Lownthal y Haven, 1968, 25). Se está planteando un tiempo de transición en el que el anciano necesita de una familia, de amigos, de recreación, de sentirse útil y productivo para tener satisfacción personal y una compensación de su vida de aprendizaje.

A propósito de aprendizaje, los ancianos que han participado en amplias actividades de conocimiento en las que resuelven problemas, pueden " conservar un buen nivel de funcionamiento en la edad adulta" (Denney, 1982, 807).

En Colombia el 18% de la población pensionada está afiliada al Seguro Social. Entre estas personas se encuentran las personas de Tercera que se pensionan

a los 60 años. (Ministerio de Salud - Ley 100, 1994, 6). Esto implica que el sistema de protección y atención en salud de la Tercera Edad, adolezca de un mínimo radio de acción, con lo cual se pierde el concepto de universalidad promulgado por la OMS. Ver Figura 1.

También es digno de tenerse en cuenta que en " el subsistema de seguridad social existen múltiples entidades con regímenes de beneficios distintos y sin ninguna conexión entre ellas. Esta situación ha generado insolidaridad y una gran inequidad entre la población trabajadora afiliada al sistema por cuanto trabajadores de empresas con niveles muy superiores al promedio reciben mayores beneficios que el resto de entidades del Estado" (8). En esta situación se incluyen los pensionados que viniendo de diferentes empresas con diferentes aportes, no se es equitativo con ellos.

Antes de la Ley 100, la ineficiencia de los sistemas de salud vigentes en el país, se expresaban en " su organización institucional y en la forma cómo asignaban los recursos" (15). Queda claro que la mala gestión y la pésima utilización de los recursos dio como resultado un mal servicio, pues los mecanismos de asignación de éstos generaron la ineficiencia del proceso. Los pensionados se encontraron en circunstancias peores todavía, pues no era prioritario la asignación pronta y justa de los recursos financieros para la atención de este grupo poblacional.

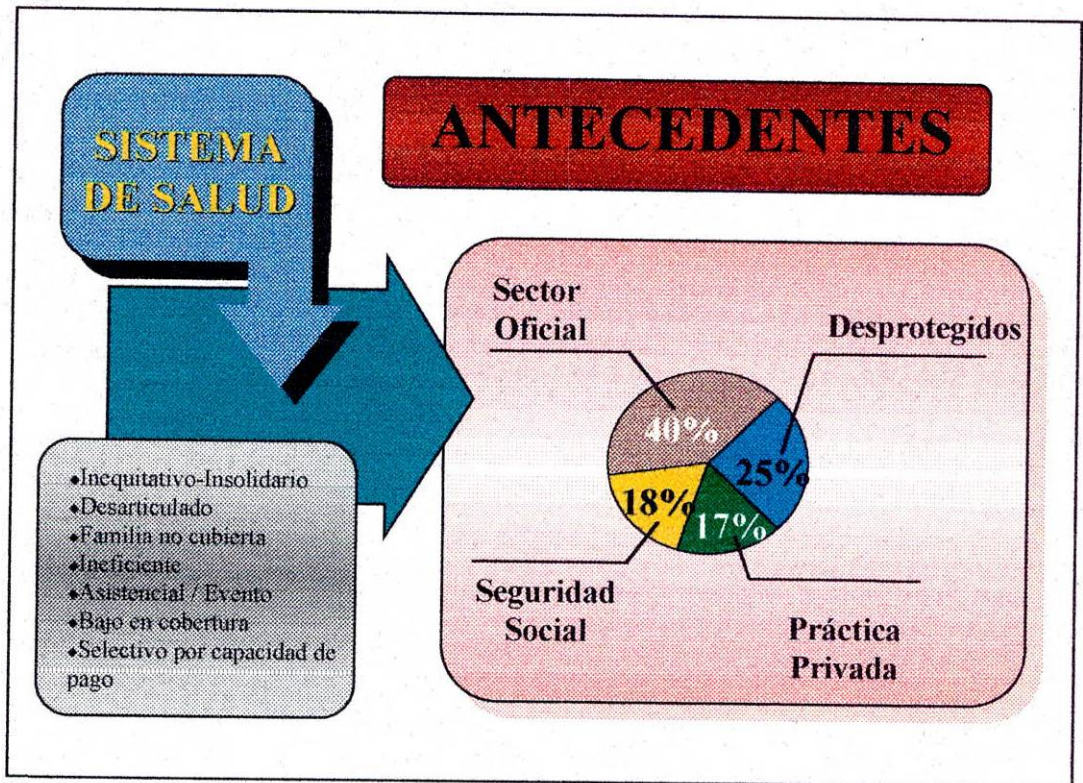


FIGURA 1. Cobertura del Sistema de Salud

Todos estos problemas se habían venido discutiendo y proponiendo planes y programas en busca de soluciones efectivas. Esto no se consolidó sino hasta la promulgación de la Nueva Constitución en la cual se propuso una " reforma sustancial en este tema" (21). La reforma planteó un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social del país en el que se estableció la seguridad social como un derecho irrenunciable y un servicio obligatorio para los colombianos.

En cuanto a la vulnerabilidad de la población se considera a la niñez y a la tercera edad como las más vulnerables. Para mejorar las condiciones de vida de estas personas serán " beneficiados con acciones que les permitan el acceso a servicios en salud, protección, vivienda y pensiones. El desarrollo de estas acciones deberá ser responsabilidad compartida del Estado, la sociedad civil y la comunidad " (Presidencia de la República - Salto Social, 1994, 28). Eso indica que los programas de la Tercera Edad se deben vincular a la seguridad social, " a generar una oferta local de servicios para esta población y crear una actividad de reconocimiento positivo de la vejez" (28).

Si se va a crear una I.P.S. para la tercera edad, se necesita tomar la experiencia que tiene dentro de su plan de educación la empresa de Medellín y otra del Perú. Así mismo, se requiere crear una filosofía de solidaridad compatible a los intereses de los ancianos, es decir, enseñar para la vida, ya que la vida no se acaba para la tercera edad.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Diseñar un proyecto de I.P.S. destinado a brindar atención a la Tercera Edad mediante el análisis de los factores bio-psico-sociales y económicos que afectan la calidad de vida de este grupo poblacional.

2.2 ESPECÍFICOS

- Realizar un diagnóstico sobre los conocimientos, actitudes y prácticas del pensionado del Seguro Social que acuden al C.A.A. Central de Bogotá y Casa del Pensionado del Quiroga.

- Realizar un estudio de morbilidad de los afiliados y pensionados mayores de 60 años que consultaron durante los tres (3) primeros meses de 1995.

- Elaborar la estructura de costos de atención a la población de la Tercera Edad mediante el estudio de precios de los elementos farmacológicos y de los exámenes de apoyo y complementarios.
- Determinar la calidad de vida del pensionado en términos de ingresos, vivienda y satisfacción de necesidades en su entorno familiar.
- Identificar actitudes sobre nuevas actividades laborales y recreativas para programas de servicios sociales complementarios.

3. JUSTIFICACIÓN

El proyecto se justifica ampliamente por cuanto la gran mayoría de las personas de la Tercera Edad se ven relegadas a la improductividad una vez acaban su ciclo laboral activo y dependen de alguna manera de otras personas que no siempre son solidarias con ellos. Trata igualmente, la manera cómo se podría recuperar al anciano para los valores y para su propia satisfacción.

La creación de la I.P.S. en donde se preste tanto atención médica como servicios sociales complementarios (educativos, sociales, recreativos), permite que la persona de edad planee su vida de acuerdo a sus intereses. También el trabajo le da importancia a las políticas de protección del anciano establecidas en la Carta Magna y fortalecidas en la Ley 100 de 1993.

El proyecto basa su justificación en todas las teorías que se refieren a la calidad de vida, a las patologías y las acciones sociales, educativas y recreativas de los ancianos, con base en la tendencia mostrada por la pirámide poblacional, que

indica un marcado incremento que obliga al análisis del envejecimiento como uno de los cambios más notables en la estructura de la población mundial. Es así como, en este momento, 6 de cada 100 colombianos son mayores de 60 años y las proyecciones estimadas muestran que en Colombia, los ancianos en el año 2000 serán de 2.5 millones y de 7 millones en el año 2025. (Documento Ministerio de Salud, 1995, 6).

En la metodología se utilizan encuestas para identificar la calidad de vida y el diagnóstico de las enfermedades.

A nivel personal y profesional se destaca el proceso y análisis desde una perspectiva social y económica para la viabilidad de la creación de la I.P.S. y las proyecciones del mismo trabajo en el entorno, en validación de la solidaridad y vocación sociales.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 ASPECTO LEGAL

Para el marco legal, la empresa se regirá por lo establecido en la Cámara de Comercio. (ECOE, 1992, 12-25)

4.1.1 Trámites comerciales. Consisten en:

- Reunir los socios para constituir la empresa.

- Verificación en la Cámara de Comercio de Santafé de Bogotá, D. C., la no existencia de un nombre o razón social igual.

- Elaboración de minuta de constitución y presentación ante Notaría con los siguientes datos básicos:

- Nombre o Razón Social: TERSALUD
- Objeto Social: Prestación del POS y servicios complementarios a la Tercera Edad.
- Clase de Sociedad: Sociedad de Responsabilidad limitada ya que los socios responden hasta por el monto de sus aportes. La reserva legal será del 10% de la utilidades líquidas de cada ejercicio.
- Obtención de Escrituras Públicas autenticada en la Notaría.
- Matricular la sociedad en el registro mercantil de la Cámara y Comercio.
- Registrar libros de contabilidad en la Cámara de Comercio.
- Obtener certificado de existencia y Representación Legal.

4.1.2 Trámites tributarios. Estos se efectúan ante la Administración de Impuestos Nacionales. (Estatuto Tributario, 1994,)

- Solicitar formulario de Registro Único tributario.
- Solicitar el No. de Identificación Tributario (NIT).
- Inscribir la empresa en el Registro Único Tributario como responsable del Impuesto al Valor Agregado (IVA).

4.1.3 Trámites de funcionamiento. Estos se realizan ante Tesorería Distrital y Alcaldía Menor.

- Obtención del Registro de Industria y Comercio.
- Solicitar la licencia de funcionamiento ante la Alcaldía Menor correspondiente.
- Obtener la licencia de funcionamiento.

4.1.4 Trámites de seguridad laboral. Se realizan ante entidades dedicadas a este fin. (Ley 50, 1993,)

- Obtener inscripción patronal.

- Inscribir a los trabajadores en la entidad que ellos escojan para su Seguridad Social.
- Inscribir la empresa en el ICBF, SENA y la Caja de Compensación familiar que elija.

4.1.5 Constitución de 1991. La Carta Política define concretamente la Seguridad Social en el Art. 48 al decir que es " un servicio público de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad..." (ECOE, 1991, 12)

Enfatiza en el Art. 46 lo referente a la tercera edad cuando "El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria..." (12).

Sin embargo, la situación actual de los ancianos en nuestro país no es tan halagadora, haciéndose necesaria la implantación de actitudes positivas que generen el fomento de la cultura de protección y apoyo a los ancianos.

La tercera edad se ha visto afectada por la inequidad en la salud y falta de satisfacción de sus necesidades básicas. Parece una utopía brindar seguridad al anciano.

Concretamente en el Art. 49 de la misma Carta se insiste en la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, cuando se afirma: " Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes..."(13).

Sin embargo, el Art. 52 de la Constitución reconoce "el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre"(14). Este aspecto no ha sido cumplido por el Estado.

4.1.6 Ley 100. La creación del Nuevo Sistema de Seguridad Social en Colombia hizo necesario el cambio debido a la baja cobertura de la población y mal servicio existente. La reforma tiene como objetivo garantizar a toda la población los servicios de prevención, protección y recuperación de la salud y está amparada por el marco legal de los artículos 48 y 49 de la Constitución Nacional.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios (I.P.S.) se convierten en " uno de los fundamentos de la competencia entre los proveedores de servicios de salud, ya

que pueden prestar los servicios directamente o por contratos" (Ministerio de Salud, 171).

Por otra parte, en las Instituciones Prestadoras de Servicios es necesario impulsar una verdadera autonomía financiera y patrimonial para que puedan crecer con plena capacidad de obrar y de contratar. Las I.P.S. " deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera" (172).

4.2 ANTECEDENTES

4.2.1 Diagnóstico Inicial. Se hizo un análisis de las historias clínicas de los pacientes para conocer su situación desde el punto de vista médico y también como se manifiesta desde el punto de vista social. Analizar las historias no se pueden dar a otras personas porque hay cosas en ellas que llaman poderosamente la atención.

En la Casa del Pensionado del Quiroga se han dado cuenta que los usuarios se manifiestan contentos, alegres y desean mayor número de actividades recreativas para vivir felices y compartiendo más, tanto que no les importaba quedarse allá de 8 a 5 p.m.

En cambio, una terapeuta del C.A.A. Central plantea que los pacientes que acuden allí son en su mayoría pacientes decaídos, son pacientes que pasan por todos los especialistas por sus problemas de enfermedad, van al cardiólogo, al ortopedista y para ello tienen su horario de atención y control de la presión arterial. Algunos de estos pacientes manifiestan que se quieren morir.

En el Quiroga la atención médica es social y se maneja la Ley 100. Hay personas que van a los programas del Quiroga porque son más dinámicos, activos y debido a la atención de salud que reciben fundamentada en un plan obligatorio donde tienen consulta médica hasta terapia y reciben servicios en salud complementarios (Hospitalización).

Se les presta también servicio de apoyo y es la parte social en salud que tiene los siguientes instrumentos de evaluación:

- Evaluación médica (E.C.G, examen de laboratorio etc.)
- Evaluación psicológica donde se tiene en cuenta los aspectos de convivencia familiar
- Evaluación nutricional porque algunos están abandonados, viven solos y no se ocupan bien de su alimentación

- Evaluación de terapia ocupacional. Al respecto muchos plantean que quieren trabajar, ocuparse en algo, pero no trabajando en una oficina, sino contribuir en algo al bienestar de la sociedad.

El diagnóstico arroja que los que viven con hijos y nietos quieren seguir con ellos porque sienten que los ayudan y ellos también pueden colaborar en la casa (esto lo plantean los que viven acompañados). Por el contrario, los que están solos no les interesa nada en especial.

Aunque los ancianos se sienten como una carga para su familia, no se trata de hospitalizar a los ancianos sino es que el anciano viva dentro de su núcleo familiar, pero que tenga donde ocuparse en otras actividades recreativas.

4.2.2 Qué se hace en el Seguro Social? En el Instituto del Seguro Social (ISS) se tiene muy claro el propósito de informar y motivar al pensionado y la población de Tercera Edad en general sobre los Programas de Promoción y mantenimiento de la Salud, para que reflexione acerca de la importancia que tiene vincularse a actividades de educación en salud (incluye educación física), recreación, capacitación para la ocupación, educación complementaria (alfabetización y básica primaria).

En el ISS se sigue este proceso:

- **Divulgación**, la cual busca promover la participación de los pensionados y la población de la Tercera Edad a través de boletines informativos, carteleras, videos y circulares.

- **Inscripción**, para que el pensionado se identifique.

- **Orientación**, que desarrolla actividades orientadas a motivar al asistente, para participar en el Programa de Promoción y Mantenimiento de la Salud para la Tercera Edad. Esta fase incluye las fases de información, reflexión y remisión.

La metodología contempla grupos no mayores de 20 personas con el fin de que la participación sea activa. Las actividades duran de acuerdo con cada etapa del proceso:

- Divulgación: Dos (2) semanas.
- Inscripción: Una semana.
- Orientación:
 - Información: 4 horas, en sesiones de 1 hora.
 - Reflexión: 12 horas, en sesiones de 2 horas.
 - Remisión: Una semana.

4.3 MARCO TEÓRICO

4.3.1 Vejez. La vejez está contemplada como una etapa muy compleja del proceso evolutivo de los seres humanos, que implica factores de " tipo cronológico, biológico, social, cultural, psicológico y económico" (Universidad Nacional, 1993, 17).

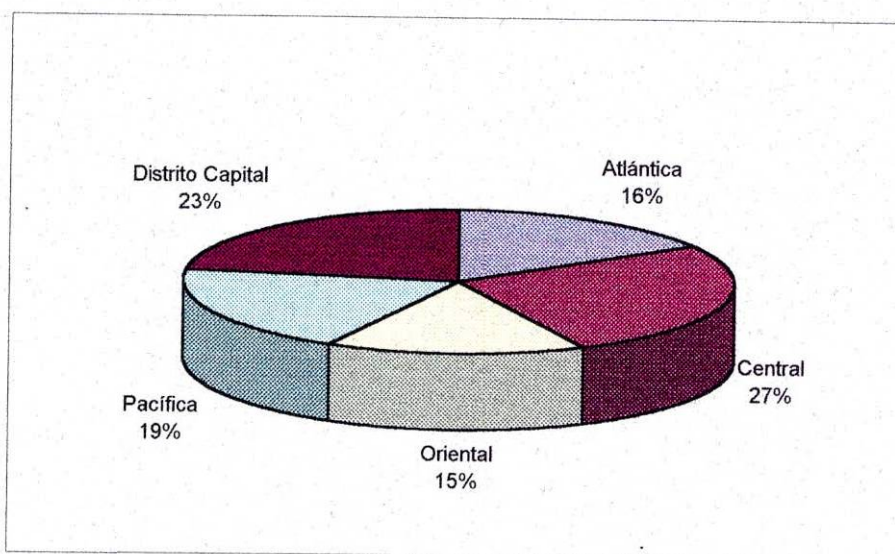
La vejez es una etapa en la vida de los seres humanos. Las personas de la Tercera Edad son diferenciados de los demás grupos cronológico-poblacionales, pues su edad cronológica está relacionada con la Jubilación, tiempo desde el que se le considera una persona vieja. En el mundo se tiene la edad entre los 60 y los 65 años como la edad de jubilación. En Colombia el límite es de "55 años para la mujer y 60 para el hombre" (Ministerio de salud, 28).

En nuestro país, el estimativo de la población de la Tercera Edad, según el DANE es de 9% para el quinquenio 90-95. El Ministerio de salud, por su parte presenta el Plan de Atención Integral al Anciano, que busca una amplia cobertura a nivel del país. En la Figura 2, se puede observar la distribución de la población de la Tercera Edad en Colombia.

El fenómeno de la Tercera Edad es tan importante que repercute en la estructura social y familiar, en las actitudes de las personas ante el anciano, en

TABLA 1. Distribución Gerontes por Regiones

AREA GEOGRAFICA	% GERONTES
Atlántica	15,62
Central	25,56
Oriental	14,84
Pacífica	18,67
Distrito Capital	22,17
TOTAL	96,86

**FIGURA 2. Distribución Gerontes por Regiones**

la política y en los sistemas de seguridad social y en la vivienda, de tal manera, que " se necesita buscar soluciones concretas a corto, mediano y largo plazo" (I Conferencia Latinoamérica de Gerontología, 1986, 25).

En cuanto a las políticas para la vejez en Colombia y con fundamento en el Art. 46 de la Nueva Constitución Política, " el gobierno de Gaviria en su Modelo de Desarrollo, adoptó un concepto de vejez positivo, activo y participativo" (Universidad Nacional, 21)., que busca generar oportunidades que permitan el desarrollo personal y comunitario, encaminado como una acción preventiva del deterioro y la marginalidad socioeconómica en función de su edad.

En otras palabras, el proyecto tiene que ver con las necesidades básicas: salud, educación, recreación, vivienda, participación y protección jurídica.

Otro aspecto importante para considerar en Colombia con respecto a la Tercera Edad es la jubilación, la que después de un desarrollo lento desde 1948 cuando se consideraba sólo al trabajador activo como sujeto de derechos, para luego en 1965 atender también al pensionado y llegar a la Ley 100, la cual da importancia a la vejez y define así mismo la seguridad social integral como "el conjunto de instituciones, normas, procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida... para lograr bienestar individual y la integración a la comunidad" (Ministerio de Salud, 15).. Existe en la

mencionada Ley una clara referencia a los Servicios Sociales Complementarios que se transcriben a continuación (Universidad Nacional, 24).

En materia de educación, las autoridades del sector de la instrucción promoverán acciones sobre el reconocimiento positivo de la vejez y el envejecimiento.

En materia de cultura, recreación, deporte y turismo que reciban recursos del Estado, deberán definir e implementar planes de servicios y descuentos especiales para personas de la Tercera Edad.

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social promoverá la inclusión dentro de los programas regulares de bienestar social de las entidades públicas de carácter nacional y del sector privado el componente de preparación para la jubilación.

El papel de la familia frente a la personas de la tercera Edad, es bastante complejo pues en los últimos 30 años el mismo núcleo familiar se ha visto afectado por fenómenos como la ampliación de la familia, el madresolterismo, el cambio de significado de solterona, lo que ha tenido como consecuencia una mujer activa y ejecutiva realizada a través de múltiples actividades. Esta familia es bien distinta a la familia en la que nació y creció el anciano y es más, los miembros de esta célula familiar tienen actitudes de rechazo a las personas de

tercera edad que las aíslan y las convierten en inútiles y creen ellos, los familiares, que son estorbo.

En lo referente a la cultura, se tiene que ésta es, según Tylor, "el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, las leyes, las costumbres y otras aptitudes adquiridas por el hombre como miembro de una sociedad" (1923, 35). En este marco de la cultura, la vejez junto con otros roles como la jubilación y amigos, son actividades concretas. Dentro de esta concreción se halla la vivienda como una necesidad de su espacio geográfico básico, que tiene incidencia directa en la satisfacción de las necesidades vitales.

El cambio en las culturas y en los procesos sociales en cuanto a ideas, valores, costumbres y posiciones con respecto a la vejez, a las familias, a la percepción de esos cambios de acuerdo con el medio ambiente, a la situación económica, al estatus familiar; en otras palabras, la socialización aprendida por recompensa, castigo, limitación, inhibición, por vinculación, por identificación de normas, valores que según González, pertenecen a un sistema social determinado (1981, 52).

En otra parte, el mismo González define la comunidad como un elemento de importancia para el análisis social referente al tipo de situación vivida por el

pensionado (54). El autor considera la comunidad como agente socializador por cuanto el pensionado debe socializarse, adaptarse a ella y a sus estructuras.

4.3.1.1. Calidad de vida y su relación con la salud de la tercera edad.

Impresiona saber que en otras épocas, la vejez era considerada una enfermedad (Quintero, 1993, 3), olvidándose que este fenómeno natural había que ubicarlo en la sociedad, relacionándolo con procesos biológicos y psicosociales de el individuo. En el decurrir de le concepto de vejez desde enfermedad, epidemia hasta factor biosocial pasando por aspectos de higiene, hizo que la ancianidad se relacionara socioeconómica y políticamente y se caracterizara como problema prioritario de la sociedad (4).

Si se comienza en este marco conceptual, elaborando una definición de calidad de vida, que se relaciona con economía y con el campo de la salud (González, 1995, 20).

La **calidad de vida** tiene que ver con factores y actividades del modo de vida como el trabajo, ejercicio, actividad sexual, lo que logra una existencia con calidad, bienestar y salud (Quintero, 8).

En el mundo moderno, cuando el desequilibrio en el desarrollo axiológico, cultural y económico, obliga a la cooperación y a la participación, se hace

necesario que todas las disciplinas del pensamiento se asocien y vinculen a los principales procesos sociales. De ahí que tanto las ciencias de la salud como las ciencias médicas, deben relacionarse con conceptos tales como: modo de vida, nivel de vida, condiciones de vida, lo que torna a la salud en un factor biosocial que suma conocimiento a la calidad de vida (12).

Quintero (1989) dice que el **nivel de vida** "se refiere sólo a los aspectos económicos y materiales en que se desenvuelve la vida" (7). Entre los factores económicos, naturalmente se encuentran el salario, las propiedades, la vivienda, el mobiliario, en otras palabras, el consumo en su sentido más amplio.

En cambio, **condiciones de vida**, puede definirse como el contexto material, espiritual y de actividad en el que transcurre la vida de las personas. (7). En otras palabras, es el contexto modulador de la vida y la salud.

Los viejos, según Duarte y A.L (1994, 147), de acuerdo a la actividad física tienen un porcentaje de recuperación (volver a tener).

ACTIVIDAD FÍSICA	RECUPERACIÓN
Fuerza	75%
Coordinación	50%
Equilibrio	30%
Flexibilidad	20%

Ahora, los tres conceptos mencionados anteriormente, frente a las consideraciones de la salud y la vejez, se tornan en el termómetro de los requerimientos mínimos que se deben garantizar a las personas de la tercera edad en cuanto a salud integral, como mejoramiento de vida y una buena realización de las actividades del modo de vida (9).

Por otra parte, **estilo de vida** "es la expresión de lo social a través de la personalidad" (9). En otras términos, es el sentido que cada persona da a las actividades que realiza en cuanto la jerarquiza y ejecuta, aprehendiéndolas e interiorizándolas a su estilo de vida personal.

Los estudios sobre la calidad de vida en la tercera edad, se ha restringido a las personas enfermas. Los estudios en las personas sanas son menos frecuentes.

Se han realizado estudios sobre la autonomía, que como concepto, constituye una descripción multifactorial de la salud del anciano, pues abarca toda una gama de actividades humanas tales como la economía, los servicios de salud y el aspecto social (Fillebaum, 1984, 56).

Así mismo, el bienestar de los ancianos es y ha sido interés de la Psicología y Gerontología social, las cuales lo definen como satisfacción por la vida, felicidad, moral (Shin, 1978,475).

Además de las anteriores ciencias, la vejez y su calidad de vida ha sido contemplada en los derechos humanos, por cuanto "los derechos humanos no se fundamentan en la naturaleza humana sino en las necesidades humanas y en las posibilidades de satisfacerlas dentro de una sociedad" (Fernández, 1982, 48).

En Colombia, la Ley 29 de 1975 contempla para las personas mayores de 60 años que carezcan de recursos económicos suficientes para subsistir dignamente servicios de albergue, vestuario, alimentación, atención médica, hospitalaria, quirúrgica y odontológica completa, al igual que gastos fúnebres.

También es importante recordar el artículo 13 de la Constitución que dice: "Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades, sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica".

Para lograr una buena calidad de vida es necesario tener un proyecto de vida, que planifique las acciones de las personas de la tercera edad, para que como personas logren hacer de su existencia un buen proyecto de vida en el que involucren muchas posibilidades.

4.3.1.2 Vivienda. La vivienda expresa satisfacciones sociales desde el punto de vista cultural, pues ella permite al anciano vivir en comunidad, proteger su intimidad, gozar de abrigo y protección (Universidad Nacional, 38).

Las actuales condiciones socioeconómicas han reducido el tamaño de la vivienda, con lo que se ha perdido la privacidad. El derecho a tener acceso a una vivienda aceptable tiende a ser estimado tan valedero como el derecho a no pasar hambre, a preservar la salud y a educarse (38).

En los países en desarrollo, las personas de edad en su gran mayoría viven con otras personas que generalmente son sus familiares cercanos, es decir que los ancianos tienden a quedarse donde viven (Lawton, 1985, 450), y casi no hay cambios de vivienda entre los ancianos. Si el anciano cambia de vivienda generalmente esta situación se relaciona con el empeoramiento de la salud, la disminución de los recursos económicos, el vecindario, la comodidad, el clima y la migración de sus acompañantes.

Como las condiciones particulares de los ancianos no son iguales, no se puede decir que haya un tipo de vivienda que sea el mejor para ellos, pero si su hábitat debe tener las comodidades adecuadas, sin independencia excesiva y posibilidad cercana de ayuda.

Los ancianos necesitan instituciones especializadas como hogares o residencias para los que viven solos o están enfermos, pero en lo que si se insiste es que el anciano debe tener y compartir la vida de familia.

4.3.1.3 La vejez y el desarrollo social. Cuando la familia pasó de familia extendida a familia nuclear el anciano, perdió parte de su rol como cabeza de familia y sus funciones decisorias así como sus responsabilidades financieras. En la ciudades en donde se estila el trabajo asalariado, no acepta a las personas mayores como trabajadores.

Si la situación familiar y social de los ancianos en nuestro medio es crítica, entonces se deben promover algunas acciones para mejorar esa situación, para que las personas de edad sigan siendo miembros activos de la sociedad. Entre las acciones a llevar a cabo se encuentran el fomento de la educación, la facilitación de oportunidades de trabajo y la participación en la vida comunitaria.

La educación es un factor importante en el proceso de integración de los anciano en la sociedad moderna. "Es preciso enseñar a las personas de edad las formas de prevenir enfermedades innecesarias y de evitar los accidentes, para que puedan permanecer lo suficientemente sanas para seguir trabajando" (Schulz, 1992, 55).

En lo relacionado con las labores productivas, el hecho de seguir activo dentro de sus propias capacidades, permite que las personas de edad sigan integradas a la sociedad a la vez que conservan su sentido de independencia y contribuyen a su propio sustento.

En el desenvolvimiento comunitario, las personas de edad pueden participar en proyectos locales muy importantes como son los de fomento de "de la autoayuda, las empresas de asistencia mutua y los servicios sociales autogestionados. Las asociaciones de carácter social, cultural y religioso, las cooperativas, los sindicatos, las federaciones de trabajadores y las organizaciones voluntarias de todo tipo" (56)

4.3.1.4 La tercera edad y la disminución de las posibilidades de trabajar.

Con el paso de los años las personas se dan cuenta que las posibilidades de trabajo y remuneración empiezan a disminuir, ya sea por su desgaste fisiológico, frecuentes enfermedades, discriminación debida a su edad y por los riesgos laborales y ambientales.

La disminución de la participación laboral de las personas de la Tercera Edad, se encuentra vinculada con el desempleo, fenómeno producido por las recesiones y depresiones ocurridas en los últimos años. Sin embargo, deben buscar

mecanismos y programas destinados a ofrecer oportunidades de trabajo y remuneración en la jubilación.

Dentro de los mecanismos que se pueden utilizar para ayudar a las personas mayores en el trabajo están:

- **La capacitación técnica y práctica.** Según Nusberg, "las buenas recomendaciones siguen dejando atrás a la buena práctica...A pesar del probado historial de los trabajadores mayores y de las reiteradas pruebas de que la edad no es un obstáculo para seguir aprendiendo, los empleadores continúan mostrándose reacios a invertir recursos en su capacitación y reorientación profesional"(1990, 23).
- **Los programas de asistencia para la reestructuración y creación de empleo.** Cuando no se puede adaptar el empleo, una buena solución es el traslado de la labor, que bien puede consistir en cambio de horario de los turnos; por ejemplo de ser nocturno pasar a turno diurno.
- **La introducción de horarios más flexibles.** En el mercado laboral predominan los trabajos de 8 horas diarias y como es difícil transformar el horario, por el tipo de trabajo en el cual se debe rendir o dejar paso a quien sí

lo haga, lo mayores se dedican a negocios independientes, ante la imposibilidad de alternar tiempo libre, tareas pesadas y tareas ligeras.

- **Mejoramiento de la información y procedimientos para buscar trabajo.**

En el ámbito laboral, no existe prácticamente asesoría en este campo a personas mayores para que desempeñen las mismas funciones que realizaban antes del retiro o desempeñar nuevas.

4.3.1.5 El apoyo familiar y los ancianos. La familia es el principal apoyo de las personas de la tercera edad porque " la familia es la unidad básica reconocida de la sociedad, y se deberán desplegar todos los esfuerzos necesarios para apoyarla, protegerla y fortalecerla de acuerdo con el sistema de valores culturales de cada sociedad y atendiendo a las necesidades de sus miembros de edad avanzada"(ONU, 1982, 105). El aumento de personas mayores, el tipo de vivienda que se está construyendo y los problemas en el seno familiar, provocan en la familia un cambio en el cual siempre salen perjudicados los ancianos. Sin embargo, existen familias que han podido subsistir a las transformaciones sociales y prestan apoyo económico y social a sus miembros en caso de necesidad.

Sumado al crecimiento económico aparecen las limitaciones en los países en vías de desarrollo, y frente a ellas, la familia como unidad tradicional debe

enfrentar el envejecimiento, darle apoyo y sacarlo adelante. La familia es entonces, el primero y mejor contacto del anciano con la sociedad que definitivamente no encuentra un sitio ni un sistema de ubicación individual, laboral y económico para quienes han transcurrido una vida de servicio y han aportado muchas cosas para el crecimiento social.

4.3.1.6 Apoyo social y económico a las personas de edad sin familia.

Cuando las personas no tienen ni cónyuge ni hijos quedan a la deriva, entonces surge la necesidad de elaborar programas para resolver esos problemas. Por ejemplo, la falta de cónyuge trae consigo la pérdida de la red de apoyo (si trabajaba, si percibía pensión); las relaciones sociales basadas en el aspecto económico se hacen tensas produciendo aislamiento en la mayoría de los casos.

Si a la persona le faltan los hijos, sufren porque son para ellos una fuente importante de apoyo, ya que los pueden ayudar en casos de necesidad o por simple compañía. En nuestro medio, las personas de edad que viven con sus hijos, siendo estos últimos casados, el anciano se convierte en el padre sustituto que los lleva y los trae del colegio y hace también otros oficios que se llaman "mandados"; sin ser esto lo mejor para las personas de edad, por lo menos es más ventajoso frente a las personas que no tienen hijos ni nietos.

Otro aspecto importante que se relaciona con la estabilidad de las personas de la tercera edad, es la migración de las personas cercanas a ellas, la separación geográfica con ellas por catástrofes. "Cuando ocurre una catástrofe los ancianos, se ven abandonados a causa de la migración en masa"(Tout, 1989, 75).

4.3.1.7 Valores en los ancianos. Aunque los valores se aplican a todas las personas, las personas de edad requieren que se les oriente por el valor real de las cosas, para que su vida tenga sentido, para que se les reconozca y se respete su dignidad.

- **Confianza.** Para que la gente crea en las personas de la Tercera Edad y en sus posibilidades. En palabras de Emerson "La confianza en sí mismo es el primer secreto del éxito" (Tierno, 1992, 24).
- **Conocimiento Interior.** Para amar y vivir auténticamente, ser feliz; para liberarse de las ansias, los deseos y los temores, nada mejor que las palabras de Tales de Mileto: " No hay nada como conocerse a sí mismo"(36).
- **Cordialidad.** Para que vivan de manera saludable y poder cultivar los brotes de ternura del espíritu de la gente de edad se debe asumir la cordialidad, que se puede comparar con el Proverbio Malayo que dice " Podemos pagar un

préstamo de oro, pero siempre estaremos en deuda con quienes han sido amables con nosotros" (44) o en las palabras de Vincent Peale en las que está resumida toda la filosofía frente a la Tercera Edad "Si la gente te quiere es porque tú antes la quisiste" (45).

- **Creatividad.** No siendo otra cosa que la actualización, la puesta en funcionamiento de la singularidad de la gente de edad. Buber de manera sencilla lo dice: " Cada hombre es un ser nuevo en el mundo, llamado a realizar su particularidad" (50).
- **Criterio.** Para un acertado juicio se debe estar capacitado, lo mismo que para el discernimiento de la bondad, la verdad y la belleza de las cosas. Frankl muestra el camino " El hombre es el ser que siempre decide lo que es" (59).
- **Dar.** Sólo puede concebirse la autorrealización de la persona en la donación de sí misma, ser para el otro. En alguna parte está escrito " El valor de la persona no se mide por la cantidad de lo que da, sino por la alegría y generosidad que manifiesta en sus detalles" (67).
- **Decidirse y obrar.** La inteligencia, la imaginación y la voluntad son tres cualidades que convierten al hombre en el más dotado y completo de los seres vivos. Querer, tener voluntad, saber elegir, decidirse, no es otra cosa

que la manera adecuada de utilizar plena y jerárquicamente el cerebro. En definitiva, no se sabe tomar una decisión razonada y coherente sin antes haber comprendido bien lo que es la voluntad. "Si no pasamos a la acción, todo quedará en el terreno de los sueños" (75).

- **Diálogo.** Para la consideración como punto de entendimiento, de comunicación, de paz, de cooperación y de hermandad, que sería la finalidad del encuentro entre los hombres. López Herrerías afirma: " La capacidad dialógica es valor, sentido radical de todo lo que es el hombre" (87).
- **Dignidad.** En la Encíclica Centesimus Annus se define este valor con palabras bellas y trascendentes: "Hay otros derechos que no proceden de ninguna obra realizada por el hombre, sino de sus dignidad esencial de persona" (111).
- **Educación.** Porque toda persona precisa de la educación para subsistir, pero la educación también es necesaria para la vida de los pueblos. Para las personas, James aclara: " La educación es la organización de los hábitos de acción, capaces de adaptar el individuo a su medio ambiente y social" (193).

4.3.1.8 El deporte y la educación física en la Tercera Edad. El deporte y la educación física constituyen actividades vitales para la salud, la educación, la

recreación y el bienestar del hombre. La práctica del deporte y de la educación física pueden hacer por la humanidad, lo que no podrían alcanzar miles de tratamientos médicos. La prolongación de la vida y la terapia contra numerosas enfermedades, consisten hoy día, en el ejercicio físico. El deporte y el ejercicio metódico educan, disciplinan, desarrollan la voluntad y preparan al ser humano para la producción y la vida.

Uno de los grandes problemas en salud que atraviesa el mundo es la disminución progresiva del esfuerzo físico, resultado del desarrollo de la tecnología creando una actitud negativa hacia las actividades físicas, provocando en el hombre un sedentarismo que atenta contra su salud.

La OMS plantea que millones de personas mueren cada año en el mundo a causa de enfermedades cardiovasculares, justificando el calificativo de la Epidemia del Siglo XX. (Rubalcaba y Canetti, 1989, 1) En Colombia, constituye la principal causa de muerte en personas entre los 50 y los 54 años, fenómeno que va en aumento cada año.

Las dietas conjugadas con el ejercicio físico, control de la presión y la eliminación del tabaco y del alcohol, evitan las enfermedades cardiovasculares.

Principales Factores de Riesgo (8)

- Antecedentes familiares
- Conducta Agresiva
- Inactividad o sedentarismo
- Alta presión sanguínea

Para controlar los factores de riesgos, se debe llevar a cabo un programa de ejercicios físicos, previo examen médico y preparación paulatina de incluya calentamiento, control de rendimiento y enfriamiento.

4.3.2 Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). La O.M.S. recomienda integrar acciones médicas y sociales con el objeto de mantener en plenas capacidades e independencia a los adultos mayores, dando la oportunidad para que asuma en cuanto sea posible la responsabilidad en el cuidado de su propia salud, ya que el anciano se debate entre su inactividad y el sentirse relegado de su entorno socio-cultural y familiar, pues cuando esto se produce le causa un gran choque emocional que puede conducirlo a una profunda depresión, en detrimento de su calidad de vida.

Siendo la vejez una etapa importante dentro del proceso evolutivo del ser humano en la cual se asiste a una disminución progresiva de la eficiencia

biológica, con una gran diversidad de cambios corporales y mentales, surgen especialistas en gerontología, tendencia muy alentadora para sugerir los cambios necesarios que no sólo deben asumir los ancianos sino toda la sociedad en general.

La vejez es una etapa de la vida por la que atravesaremos todos y debemos prepararnos para vivirla intensamente, haciendo prevención en los aspectos físicos, sociales y económicos del bienestar, teniendo una actuación protagónica en los espacios de participación comunitaria a través de todas las etapas de la vida, donde se desarrollan actividades y ocupaciones como herramientas fundamentales para el sostenimiento de la salud, además de contar con el acceso a la atención médica humanizada.

La salud del anciano no solo se mide en función del estado de órganos y sistemas determinados por un examen físico o resultados de laboratorio, sino más bien por el uso que se hace de ellos en términos de la realización de tareas cotidianas.

Las políticas mundiales de apoyo al anciano sugieren la protección de éstos en el seno de sus hogares, pero dado que Colombia es un país subdesarrollado donde su infraestructura social no permite brindar la atención adecuada y seguridad emocional que requieren, se hace necesario la creación de I.P.S. con

apoyo estatal que logren dar Seguridad Social a este sector desprotegido de nuestro país.

SALUD PARA TODOS

La OMS (1985) presentó una estrategia para enfrentar el problema de salud del Siglo XX. La estrategia "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000", se fundamenta en tres (3) principios y formula tres (3) objetivos importantes:

Principios de la Salud para Todos:

- Se basa en la Atención Primaria (consulta médica general, atención odontológica, servicio de prevención y promoción de salud).
- Participación conjunta de profesionales y de población.
- Colaboración intersectorial.

Objetivos de Salud para Todos:

- Promoción de estilos de vida sanos.

- Prevención de enfermedades evitables (hipertensión, diabetes, tuberculosis, hiperlipidemias, E.T.S.)
- Rehabilitación (recuperación por medio de terapias y medicamentos)

La concepción en los programas de salud desde el punto de vista médico para una mayor comprensión de los aspectos sociales de la salud mediante la expansión en cinco áreas:

- Autocuidados (alimentación balanceada, higiene)
- Integración de la asistencia médica con otras actividades como educación, bienestar social, mejoras ambientales (acción intersectorial).
- Integración de promoción de buena salud con la medicina preventiva, terapéutica y rehabilitación)
- Aumento de cobertura asistencial.
- Participación de la comunidad.

En la Conferencia de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986), la cual insiste en la necesidad de:

- Construir políticas de salud, porque la promoción en salud debe ir más allá de la mera asistencia sanitaria.
- Crear ambientes favorecedores, ya que la salud de todos depende de la forma cómo se trate al medio ambiente y la naturaleza. La salud no puede estar independiente de esquemas de vida, el trabajo y el ocio.
- Reforzar la acción comunitaria, que sea efectiva y desarrolladas por las mismas comunidades.
- Desarrollo de habilidades personales, porque apoya el desarrollo individual y comunitario mediante el suministro de información.
- Reorientación de los servicios asistenciales, para que sea compartida por los usuarios, las asociaciones o grupos comunitarios.

La OMS tiene las siguientes recomendaciones en materia de salud y nutrición para la tercera edad. Se presenta un resumen de las principales recomendaciones en este tema(ONU, 1982, 242-248)

- **Recomendación 1.** Se acerca de los cuidados para compensar las incapacidades, reeducar las funciones restantes, mantener el bienestar, reorientar sus proyectos y esperanzas.
- **Recomendación 2.** La atención de las personas de edad debe ir más allá del enfoque puramente patológico y debe abarcar la totalidad de su bienestar, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales.
- **Recomendación 3.** Para reducir las incapacidades y dolencias de los senescentes se requiere del diagnóstico precoz y el tratamiento apropiado así como medidas preventivas.
- **Recomendación 4.** Deberá prestarse especial atención, en materia sanitaria, a los muy ancianos y los incapacitados.
- **Recomendación 6.** La tendencia del encarecimiento de los sistemas de servicio social y atención sanitaria deberá contrarrestarse mediante coordinación estrecha entre los servicios de protección social y de atención sanitaria tanto a nivel nacional como a nivel de la comunidad.

- **Recomendación 7.** Deberá informarse a la población en general acerca de su trato con las personas de edad que necesitan cuidados. Deberá educarse a las propias personas de edad en el cuidado de sí mismas.
- **Recomendación 8.** El control sobre la vida de los ancianos no debe dejarse a cargo solamente del personal sanitario, de asistencia social u otro personal sino que el mismo anciano debe participar en él.
- **Recomendación 9.** debe estimularse la participación de los ancianos en el desarrollo de la atención sanitaria y en el funcionamiento de los servicios.
- **Recomendación 11.** Debe perseguirse activamente el objetivo de mejorar la salud, prevenir las enfermedades y mantener las capacidades funcionales entre las personas de edad.
- **Recomendación 12.** Una nutrición adecuada, apropiada y suficiente, particularmente el adecuado consumo de proteínas, minerales y vitaminas, es esencial para el bienestar de los ancianos.

También existen algunas recomendaciones en lo tocante a la capacitación y la educación (249-252)

- **Recomendación 54.** Los programas de enseñanza deberán ser de carácter interdisciplinario, dado que el envejecimiento es un tema multidisciplinario.
- **Recomendación 59.** Deberá estimularse la capacitación en todos los aspectos de la gerontología y la geriatría y darse la debida importancia en los planes de estudio de todos los niveles.

La misma OMS en el Informe sobre la Epidemiología del Envejecimiento (1994, 7-48), dice que las poblaciones pasan por varias etapas (transición epidemiológica) que representan un cambio de alta mortalidad a baja mortalidad. también el mismo informe (12) habla que la evolución de la mortalidad puede también describirse en función de los cambios de esperanza de vida.

En cuanto a los estudios de epidemiológicos de la morbilidad de los ancianos, indican que los tres estados patológicos de la edad avanzada (40) son la demencia, accidentes cerebrovasculares y la fractura del cuello del fémur.

4.3.3 Ministerio de Salud de Colombia. Por su parte el Ministerio de Salud de Colombia, dice acerca de la situación de la población anciana en el país que" para el estudio de las personas de edad y la planificación de los servicios, debe partir de las circunstancias particulares de cada municipio y de los factores que afecten las vidas de los adultos de edad avanzada y que ejercen por tanto una

influencia vital en la determinación de los problemas, necesidades y ajustes a la vejez" (1993, 9).

También la misma entidad gubernamental mediante resolución 007020 del 1º de Septiembre de 1992 de conformidad con el artículo 46 de la Constitución Nacional- ya citado en este trabajo en el apartado legal (Constitución Nacional)- presenta los postulados siguientes: (13)

- Derecho a que se reconozca la vejez como el período más significativo de la vida humana, por su experiencia y sabiduría y por el mismo hecho de ser anciano.
- Derecho a desarrollar una actividad u ocupación en bien de su salud mental y física.
- Derecho a tener acceso a los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.
- Derecho a ser tratado en todo momento con el respeto y la dignidad que merecen por su condición de personas y por su edad.
- Derecho a no ser discriminado y ser calificado como enfermo por su condición de anciano.
- Derecho a una atención médica humanizada, a un trato digno y respetuoso de su cuerpo, sus temores, sus necesidades de intimidad y privacidad.
- Derechos a recibir servicios y programas integrales de salud que respondan a sus necesidades específicas, de acuerdo a su estado general de salud.
- Derecho a una educación que favorezca el autocuidado y el conocimiento de su estado de salud, en beneficio de su autoestima y reafirmación como persona.
- Derecho a que sus conocimientos, actitudes y prácticas culturales en salud sean tenidos en cuenta, valorados y respetados.

- Derecho a ser informado sobre su situación de salud y a recibir el tratamiento adecuado y a que se respete su consentimiento para la prestación del mismo.
- Derecho a una muerte tranquila y digna.

El mismo documento de MINSALUD (66) se refiere a los servicios médicos y sociales privados de atención al anciano, los cuales, además de formar parte de un sistema coordinado de prestación de servicios, deben cubrir una vasta gama de necesidades. Los servicios que se pueden ofrecer para atender unas necesidades determinadas, sin agotar las alternativas probables de los mismos, son (68):

<p>Servicios de Acceso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acercamiento de las personas al servicio • Transporte
<p>Servicios de Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización • Casas de salud • Servicios médicos geronto-geriátricos en consulta externa. • Rehabilitación • Educación en Salud • Salud en el Hogar
<p>Servicios de Nutrición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comedores Comunes • Educación sobre Nutrición

<p>Servicios de Vivienda</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Residencia Independiente • Residencia con Asistencia • Hogares sustitutos • Centros de Cuidados para Adultos
<p>Servicios de Manutención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pensiones • Seguridad Social • Servicios Bancarios Especiales • Ingresos Indirectos
<p>Servicio de Empleo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de Empleo en la Comunidad • Programas de Empleo a Nivel Nacional
<p>Servicios de Apoyo Individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo Emocional • Visitas al Hogar • Asistencia Legal
<p>Servicios de Educación y Capacitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vocacional • Autocuidado • Para Adultos • Para el Retiro
<p>Información y Comunicación Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad Servicios Médicos • Sobre Usuarios • Sobre Necesidades de los Ancianos

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es exploratoria-descriptiva porque permite conocer más claramente cuál es la situación de salud y social de las personas de la Tercera Edad que asisten al Seguro Social y cuál es el énfasis que se realiza en los servicios complementarios de salud.

Además de la anterior clasificación, se puede afirmar que es empírica, de corte transversal.

Es empírica, porque los datos se obtuvieron directamente de la realidad; es de corte transversal porque después de terminada la investigación no se realizaron seguimientos con las personas que hicieron parte de la muestra, los datos se obtuvieron a través de un corte de tiempo en la realidad.

5.2 MUESTREO

Para efectos de la investigación, se tiene un universo de 13.800 usuarios registrados ante el C.A.A. Centro, con sus respectivas historias clínicas, para la aplicación del cuestionario Historia Clínica (Anexo B). Para efectos de análisis sobre la calidad de vida de los pensionados, se aplicará el cuestionario diseñado para tal propósito de manera aleatoria a los asistentes tanto al C.A.A. Central como a la Casa del Pensionado del Quiroga (Anexo A).

5.2.1. Universo. La determinación del tamaño muestral para la aplicación de los cuestionarios Calidad de Vida e Historia Clínica, se consideró con base en un universo de 13.800 afiliados al C.A.A. Central y a la Casa del Pensionado del barrio Quiroga.

El promedio mensual de atención unitaria del universo anteriormente descrito, es:

$$\text{Promedio mensual} = \text{Universo} / 12 \text{ meses.}$$

$$\text{Promedio mensual} = 13.800 / 12 \text{ meses}$$

$$\text{Promedio mensual} = 1.150 \text{ personas} / \text{mes.}$$

5.2.2. Determinación del tamaño de la muestra. Se seleccionó el sistema de muestra probabilística, la cual permite la medición del tamaño del error en las predicciones. Los términos usados y sus definiciones son los siguientes:

La población, llamada N , es un conjunto de elementos.

La muestra, llamada n , es un subconjunto de la población N .

Y = Es el valor de la población desconocido.

y = Estimativo promedio en la muestra, el cual se puede determinar.

$(Y - y)$ = Diferencia (error). Llamado error estándar = Se .

V = Varianza de la población con respecto a determinadas variables.

Se = Desviación estándar de la distribución muestral y representa las fluctuaciones de y .

$(Se)^2$ = Error estándar al cuadrado. Permite calcular la varianza de la población (V).

S^2 = Varianza de la muestra (n). Se puede determinar en términos de probabilidad donde $S^2 = p(1 - p)$.

$n' = S^2 / V^2 = \text{Varianza muestra} / \text{Varianza población}$ la cual se puede ajustar si se conoce el tamaño de la población.

Se tiene entonces:

$$n' = n' / (1 + n' / N)$$

Sustituyendo, se tiene:

$$S^2 = p(1 - p) = .9(1 - .9) = .09$$

$$V = (.012)^2 = \text{error estándar aceptable.} = 0.000144$$

$$n' = 0.09 / 0.000144 = 625$$

Ajustando se tiene:

$$n' = n' / (1 + n' / N) = 625 / (1 + 625 / 1.150)$$

$$= 625 / (1 + 0.5434782)$$

$$n' = 625 / 1.5434782 = 401 \text{ usuarios.}$$

Se determina un tamaño muestral de 400 usuarios para la aplicación de los dos (2) cuestionarios.

5.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO

OBSERVACIÓN DOCUMENTAL. Fue la primera técnica utilizada con el propósito de revisar la reglamentación oficial y los programas de Salud y Servicios Complementarios.

LA ENTREVISTA. Como técnica dialogada para obtener información sobre aspectos específicos, la entrevista se empleó con pacientes, buscando los tópicos más relevantes sobre los cuales fundamentar el cuestionario y la observación sistemática.

OBSERVACIÓN SISTEMÁTICA. Como es un método de estudio de campo, el observador se halla inmerso en el campo para obtener los datos. Para ello se define primero el objetivo para el cual utiliza la observación, luego se tomó el cuestionario - que le sirvió como instrumento - para observar los aspectos consignados en él y que son los de interés.

En la observación sistemática intervinieron dos (2) observadores para darle confiabilidad al evento, una de las autoras del trabajo y un representante del Instituto de los Seguros Sociales (ISS).

Para la presente investigación exploratoria-descriptiva se diseñó un cuestionario mediante el cual los sujetos proporcionaron información escrita a las investigadoras.

El cuestionario fue mixto, una parte precodificada y otra de preguntas abiertas. Se denomina precodificada porque algunas preguntas están formuladas de tal manera que sólo se exige elegir respuestas pre-establecidas. La selección se realiza por medio de una X, para responder a preguntas cerradas. En el cuestionario para la Calidad de Vida, se tienen las áreas de investigación como la información institucional, identificación del afiliado, la vivienda, la configuración familiar, ingresos, situación social.

DISEÑO DEL CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA. El cuestionario Calidad de Vida se dividió en dos (2) partes: la primera, que recopila información general sobre la identificación institucional y del afiliado, y la segunda, que busca conocer las inquietudes, dificultades y expectativas de los pensionados, dentro del marco laboral, social y familiar en el cual se desempeñan actualmente, enfatizando la orientación de la información hacia la percepción de sus necesidades de solidaridad, reconocimiento y bienestar tanto físico como moral. El objetivo básico de la aplicación del cuestionario, es detectar las expectativas de los pensionados sobre sus intereses respecto a la calidad de vida futura.

La parte **A** de dicho cuestionario, recopila la información general sobre el centro de atención que presta sus servicios al pensionado y la parte **B** sus datos personales.

La parte **C** indica lo referente a sus sistema de vivienda y los beneficios que recibe el pensionado de compartir con familiares su total cotidianidad.

La parte **D** permite el análisis del estatus social de los pensionados, cruzando la información referente al monto de sus ingresos y la tipificación del gasto del mismo, que finalmente delimitará el potencial mercado con el que contará la I.P.S. Tersalud.

Finalmente, la parte **E** permite inferir sobre las expectativas y necesidades actuales de las personas de la tercera edad, que permitirá los lineamientos de las propuestas que ofrecerá la I.P.S. Tersalud a su potencial mercado.

DISEÑO DEL CUESTIONARIO HISTORIA CLÍNICA. El cuestionario Historia Clínica se dividió en dos (2) partes: la primera, que recopila información general sobre la identificación del afiliado, y la segunda, que persigue la obtención de información acerca de sus antecedentes clínicos. Los cuestionarios son diligenciados en base a la historia individual de cada pensionado que reposa en el C.A.A.

En la cuantificación de las respuestas, se procuró separar por sexo, a fin de consolidar información tipificada en relación con cada una de las variables estudiadas.

La información referente a los diagnósticos, medicación y exámenes más solicitados, permitirá a la I.P.S. Tersalud, el diseño de sus planes de requerimiento de suministros y materiales de apoyo, para la prestación de los servicios médicos más frecuentemente solicitados por las personas de la tercera edad.

5.4 PROCEDIMIENTO

Se dieron cuatro etapas para el desarrollo del estudio: Diagnóstico, Aplicación de instrumentos (Encuesta y Análisis de Historias Clínicas), Análisis de resultados y Propuesta.

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con el propósito de analizar el entorno de las I.P.S., se diseñaron los cuestionario Calidad de Vida (Anexo A) para ser llenados conjuntamente con los pensionados asistentes al C.A.A. Central y Casa del Pensionado del Barrio Quiroga, y el cuestionario Historia Clínica (Ver Anexo B) para cuantificar las expectativas en lo referente a la atención suministrada a personas de la tercera edad.

Los cuestionarios permiten evaluar la viabilidad de establecer una I.P.S. para la atención de las personas de la tercera edad, con base en las mayores frecuencias de diagnósticos, medicación y exámenes prescritos a dicha población estudio.

La cuantificación de las variables consideradas para cada uno de los cuestionarios, base del análisis a desarrollar, se incorporan en los Anexos C, D, E y F. En análisis detallado de cada uno de los cuestionarios se describe a continuación:

6.1 CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA

El instrumento fue diseñado con el propósito de inferir sobre la potencialidad del mercado y la elaboración de propuestas de servicios presentadas por la I.P.S. Tersalud a todos sus potenciales usuarios.

6.1.1 Resultados. Los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario Calidad de vida, se detalla a continuación:

ESTADO CIVIL

Conjuntamente en las dos (2) instituciones, se nota mayoría de personas casadas (35,8%), en segundo lugar personas viudas (30,5%), en tercer lugar las personas solteras (16,1%) y en cuarto lugar, los separados con (9,1%). Tabla 2 y Figura 3.

Con base en lo anterior, se puede concluir que el 55,7% de la población, está conformado por personas carentes de compañero o compañera permanente, que les brinde apoyo y estabilidad afectiva.

TABLA 2. Estado Civil

	Casado		Viudo		Separado		Un. Libre		Soltero		TOTAL	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
CENTRAL	46	78	60	36	18	11	22	10	24	23	170	158
% CAA	27,10%	49,40%	35,30%	22,80%	10,60%	7,00%	12,90%	6,30%	14,10%	14,60%		
% Estado	78,00%	86,70%	83,30%	65,50%	75,00%	78,60%	95,70%	83,30%	72,70%	67,60%		
QUIROGA	13	12	12	19	6	3	1	2	9	11	41	47
% Casa	31,70%	25,50%	29,30%	40,40%	14,60%	6,40%	2,40%	4,30%	22,00%	23,40%		
% Estado	22,00%	13,30%	16,70%	34,50%	25,00%	21,40%	4,30%	16,70%	27,30%	32,40%		
TOTAL	59	90	72	55	24	14	23	12	33	34	211	205
%/TOTAL	28,00%	43,90%	34,10%	26,80%	11,40%	6,80%	10,90%	5,90%	15,60%	16,60%		

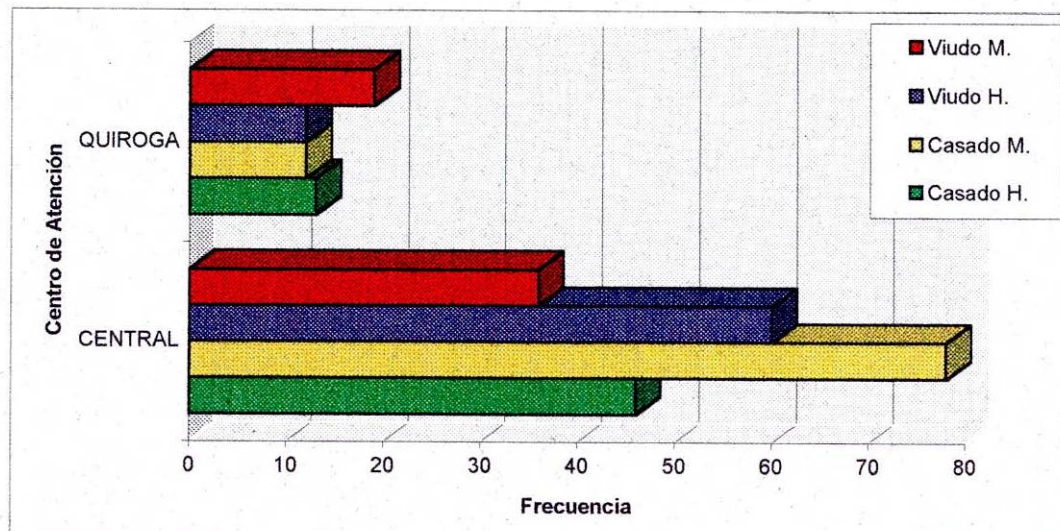


FIGURA 3. Estado Civil

TIPO DE PENSIÓN

La muestra conjunta tanto de hombres como mujeres asistentes a las dos (2) instituciones, arrojó un 85,3% para los pensionados por vejez, un 8,2% para los beneficiarios y un 6,5 para los pensionados por invalidez Tabla 3 y Figura 4.

TIPO DE VIVIENDA

Se detectó de la muestra realizada que un 83,9% de los usuarios habitan en viviendas aceptables (casa o apartamento) y solamente el 16,1% de los mismos, lo hace en habitaciones. Tabla 4 y Figura 5

TIPO DE TENENCIA DE LA VIVIENDA.

Prácticamente la tenencia de la propiedad está distribuida en arriendo (38,2%) y propia (61,3%), quedando un escaso 0,5% bajo la modalidad de hipoteca. Tabla 5 y Figura 6.



TABLA 3. Tipo de Pensión

	Vejez		Invalidez		Beneficiario		TOTAL	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
CENTRAL	149	124	9	17	15	14	173	155
% CAA	86,1%	80,0%	5,2%	11,0%	8,7%	9,0%		
% Pensión	76,0%	78,0%	90,0%	100,0%	83,3%	87,5%		
QUIROGA	47	35	1	0	3	2	51	37
% Casa	92,2%	94,6%	2,0%	0,0%	5,9%	5,4%		
% Pensión	24,0%	22,0%	10,0%	0,0%	16,7%	12,5%		
TOTAL	196	159	10	17	18	16	224	192
%/TOTAL	87,5%	82,8%	4,5%	8,9%	8,0%	8,3%		

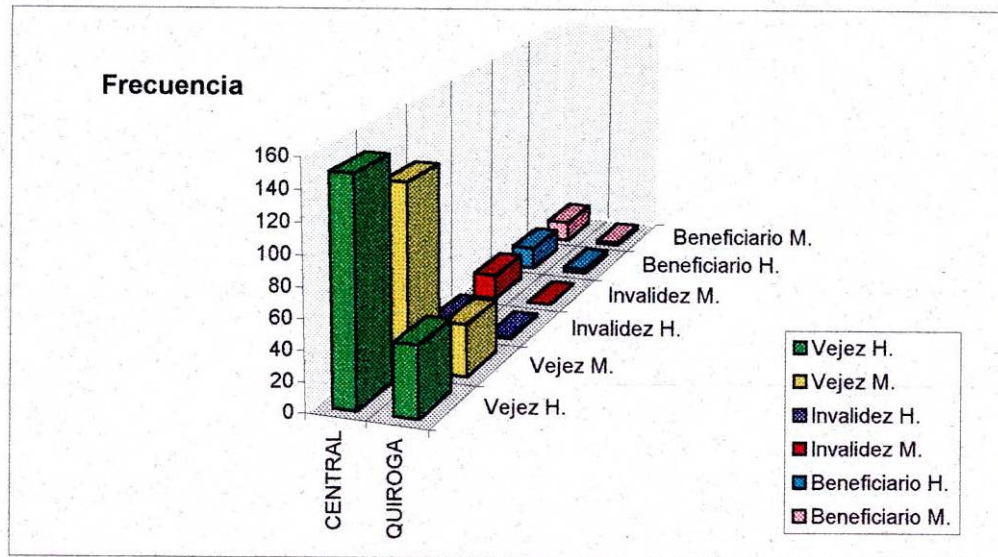


FIGURA 4. Tipo de Pensión

TABLA 4. T ipo de vivienda

	Casa		Pieza		Apto		TOTAL CASA	
	H.	M	H.	M	H.	M	H.	M
CENTRAL	112	98	39	13	26	40	177	151
% CAA	63,3%	64,9%	22,0%	8,6%	14,7%	26,5%		
% /vivienda	86,2%	69,5%	83,0%	65,0%	83,9%	85,1%		
QUIROGA	18	43	8	7	5	7	31	57
% Casa	58,1%	75,4%	25,8%	12,3%	16,1%	12,3%		
% /vivienda	13,8%	30,5%	17,0%	35,0%	16,1%	14,9%		
%/TOTAL	130	141	47	20	31	47	208	208
	62,5%	67,8%	22,6%	9,6%	14,9%	22,6%		

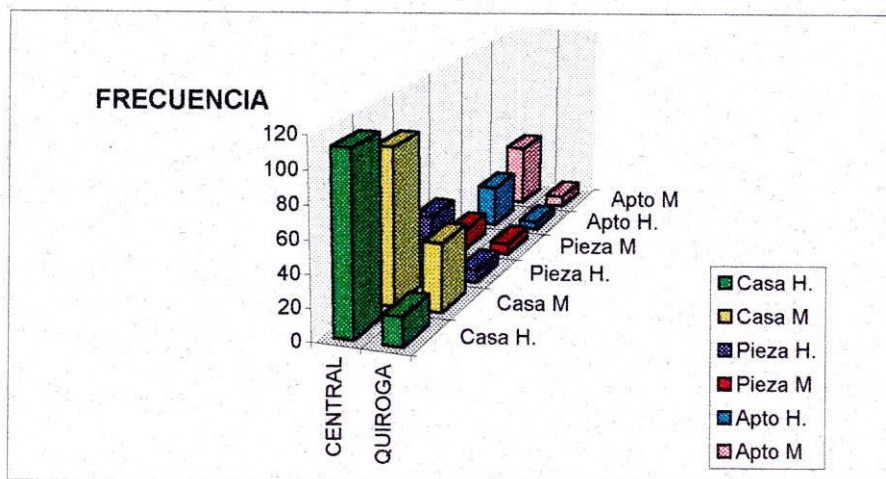


FIGURA 5. Tipo de vivienda

TABLA 5. Tenencia de la vivienda

	Arriendo		Propia		Hipoteca		TOTAL CASA	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
CENTRAL	78	56	103	91	0	0	181	147
% CAA	43,1%	38,1%	56,9%	61,9%	0,0%	0,0%		
% /tenencia	83,0%	86,2%	71,5%	82,0%	0,0%	0,0%		
QUIROGA	16	9	41	20	2	0	59	29
% Casa	27,1%	31,0%	69,5%	69,0%	3,4%	0,0%		
% /tenencia	17,0%	13,8%	28,5%	18,0%	100,0%	0,0%		
%/TOTAL	94	65	144	111	2	0	240	176
	39,2%	36,9%	60,0%	63,1%	0,8%	0,0%		

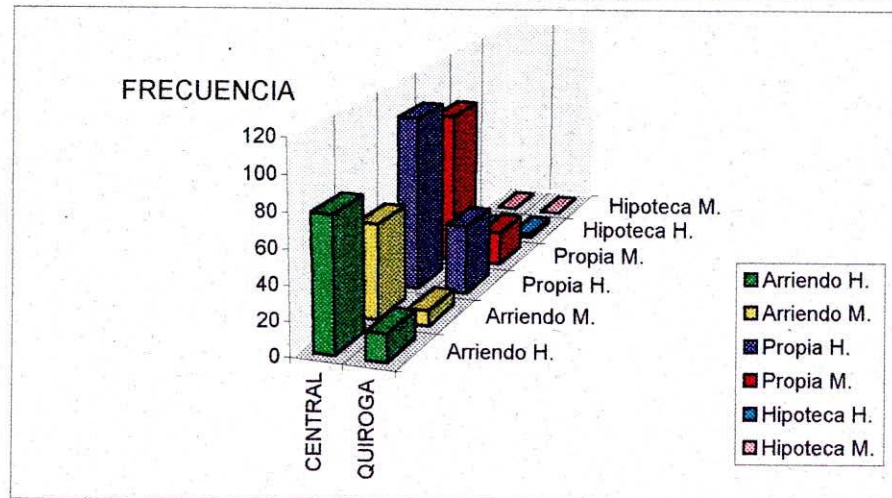


FIGURA 6. Tenencia de la vivienda

COMPARTIR LA VIVIENDA.

La gran mayoría de la población estudio, comparte su vivienda con el cónyuge y los hijos. Tabla 6 y Figura 7.

Sin embargo, 112 personas (el 18,42%) de los encuestados, reportaron vivir con otros, que agregado a quienes viven solos o en compañía de sobrinos, alcanza un total de 32,4% de la muestra, cifra significativa pues un tercio del tamaño muestral no cuenta con el respaldo cotidiano que brinda el vivir con la familia, dado que la vivienda es el ámbito que facilita el vivir en comunidad, proteger su intimidad y gozar de bienestar social, de abrigo y protección que requiere toda persona perteneciente a la tercera edad.

INGRESO MENSUAL POR PENSIÓN.

El mayor porcentaje lo representan los ingresos entre 1 y 2 salarios mínimos. (81,2%). Tabla 7 y Figura 8.

Se tiene entonces, una población objeto de fuerza laboral operativa, enmarcada en el estatus de la clase media baja.

TABLA 6. Cohabitan con

	Esposo		Hijos		Amigos		Sobrinos		Solo		Otros		TOTAL	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
CENTRAL	76	80	83	92	2	0	11	13	16	22	40	31	228	238
% CAA	33,3%	33,6%	36,4%	38,7%	0,9%	0,0%	4,8%	5,5%	7,0%	9,2%	17,5%	13,0%		
% /vivir con..	85,4%	87,0%	83,8%	73,6%	50,0%	0,0%	73,3%	61,9%	69,6%	84,6%	59,7%	68,9%		
QUIROGA	13	12	16	33	2	2	4	8	7	4	27	14	69	73
% Casa	18,8%	16,4%	23,2%	45,2%	2,9%	2,7%	5,8%	11,0%	10,1%	5,5%	39,1%	19,2%		
% /vivir con..	14,6%	13,0%	16,2%	26,4%	50,0%	100,0%	26,7%	38,1%	30,4%	15,4%	40,3%	31,1%		
%/TOTAL	89	92	99	125	4	2	15	21	23	26	67	45	297	311
	30,0%	29,6%	33,3%	40,2%	1,3%	0,6%	5,1%	6,8%	7,7%	8,4%	22,6%	14,5%		

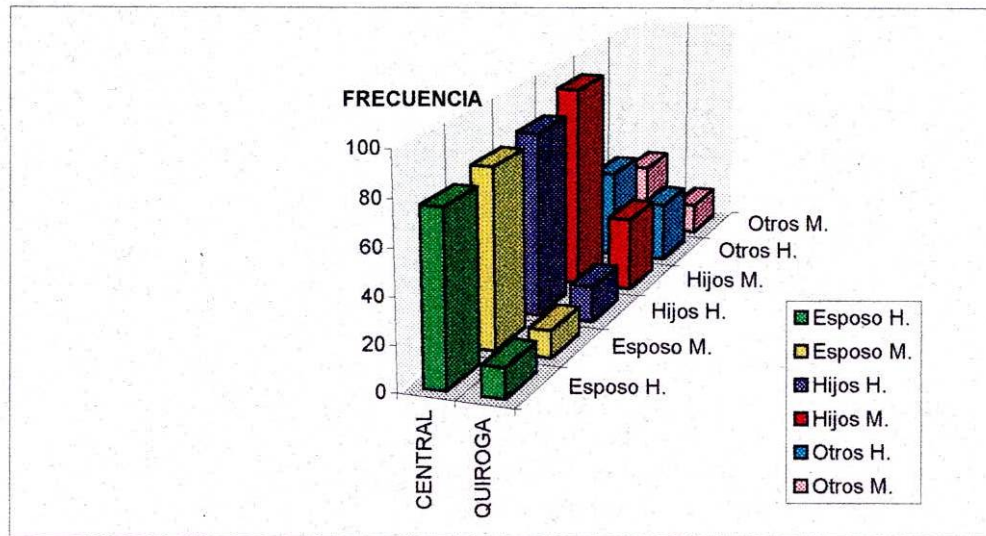


FIGURA 7. Cohabitan con ...

TABLA 7. Ingreso Mensual personal

	< Salario mín	De 1 a 2 sal. mín	De 2 a 4 sal. mín	Más de 4 sal. mín	TOTAL
CENTRAL	7	265	46	10	328
% CAA	2,1%	80,8%	14,0%	3,0%	
% /ingreso	63,6%	75,9%	100,0%	100,0%	
QUIROGA	4	84	0	0	88
% Casa	4,5%	95,5%	0,0%	0,0%	
% /ingreso	36,4%	24,1%	0,0%	0,0%	
%/TOTAL	11	349	46	10	416
	2,6%	83,9%	11,1%	2,4%	

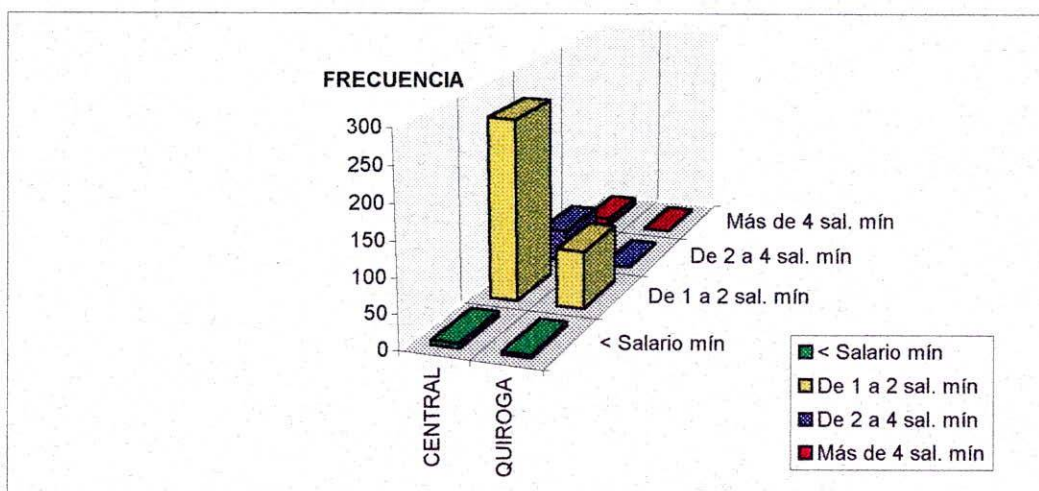


FIGURA 8. Ingreso mensual personal

GASTO DEL INGRESO MENSUAL.

En relación con el gasto del ingreso mensual, se observa que tanto mujeres (77,1%) como hombres (78,4%), gastan sus ingresos en mayor proporción en alimentación y vivienda. El siguiente renglón de inversión es otros (9% para ambos sexos) y posteriormente, la salud con el 8,9%. Tabla 8 y Figura 9.

LE HACE FALTA SU TRABAJO ? (NOSTALGIA).

Tanto los hombres como las mujeres usuarios de las dos (2) instituciones evaluadas, opinaron en un 64,9% extrañar su trabajo. Tabla 9 y Figura 10.

OCUPACIÓN DEL TIEMPO.

La mayor ocupación del tiempo libre, lo reportan los pensionados en la realización de trabajos caseros (26,3%). La siguiente ocupación corresponde al aprendizaje (13,7%) y la tercera al deporte (12,3%). Tabla 10 y Figura 11.

La opción del aprendizaje, se corrobora con las expectativas de capacitación reportadas en la pregunta correspondiente.

TABLA 8. Gasto del ingreso

	Aliment.		Vivienda		Educac.		Salud		Otros		TOTAL	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
CENTRAL	139	180	61	96	9	10	16	17	9	14	234	317
% CAA	59,4%	56,8%	26,1%	30,3%	3,8%	3,2%	6,8%	5,4%	3,8%	4,4%		
% /gasto	77,2%	84,5%	69,3%	81,4%	50,0%	66,7%	50,0%	45,9%	37,5%	30,4%		
QUIROGA	41	33	27	22	9	5	16	20	15	32	108	112
% Casa	38,0%	29,5%	25,0%	19,6%	8,3%	4,5%	14,8%	17,9%	13,9%	28,6%		
% /gasto	22,8%	15,5%	30,7%	18,6%	50,0%	33,3%	50,0%	54,1%	62,5%	69,6%		
%/TOTAL	180	213	88	118	18	15	32	37	24	46	342	429
	52,6%	49,7%	25,7%	27,5%	5,3%	3,5%	9,4%	8,6%	7,0%	10,7%		

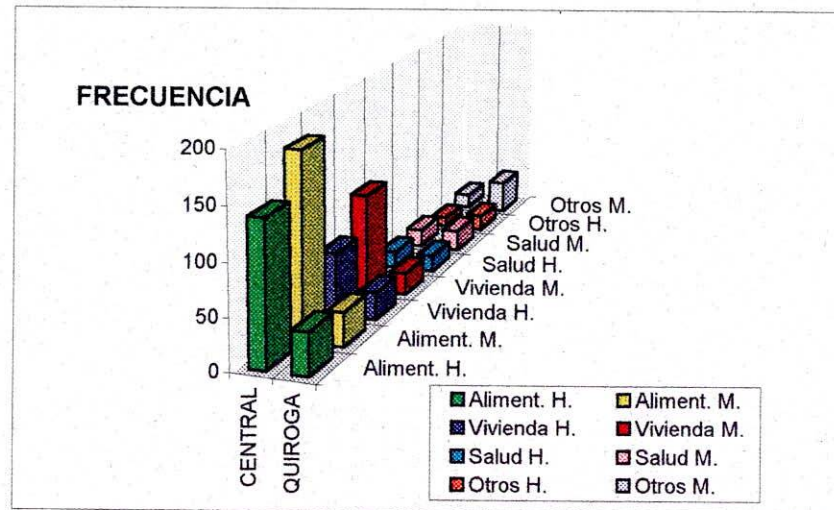


FIGURA 9. Gasto del ingreso

TABLA 9. Nostalgia por la vida laboral

	Si		No		TOTAL	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.
CENTRAL	112	93	36	87	148	180
% CAA	75,7%	51,7%	24,3%	48,3%		
%/ opción	73,7%	78,8%	43,4%	83,7%		
QUIROGA	40	25	7	16	47	41
% Casa	85,1%	61,0%	14,9%	39,0%		
%/ opción	26,3%	21,2%	8,4%	16,3%		
%/TOTAL	152	118	83	103	195	221
	77,9%	53,4%	42,6%	22,1%		

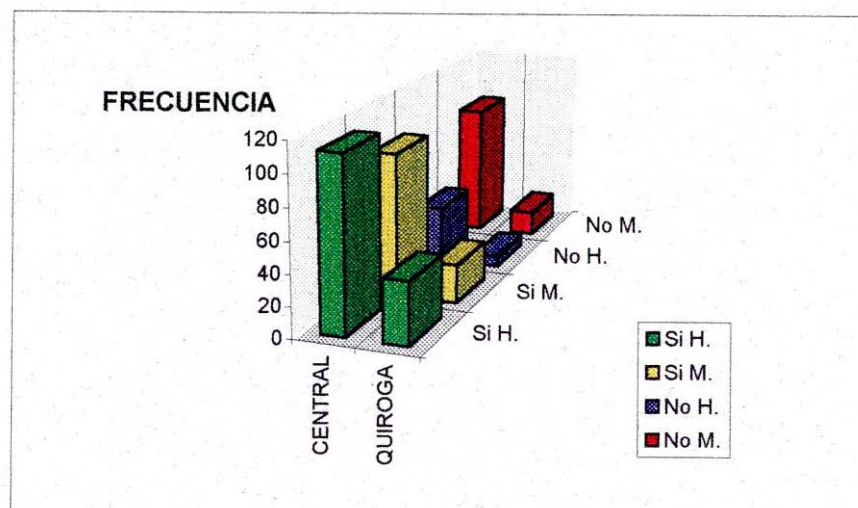


FIGURA 10. Nostalgia por la vida laboral

TABLA 10. Ocupación del tiempo libre

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	TOTAL CASA
CENTRAL	15	80	28	4	8	141	2	18	44	5	27	372
% CAA	4,0%	21,5%	7,5%	1,1%	2,2%	37,9%	0,5%	4,8%	11,8%	1,3%	7,3%	
% /ocupación	16,3%	92,0%	27,2%	5,6%	44,4%	71,6%	22,2%	28,1%	93,6%	26,3%	62,8%	
QUIROGA	77	7	75	67	10	56	7	46	3	14	16	378
% Casa	20,4%	1,9%	19,8%	17,7%	2,6%	14,8%	1,9%	12,2%	0,8%	3,7%	4,2%	
% /ocupación	83,7%	8,0%	72,8%	94,4%	55,6%	28,4%	77,8%	71,9%	6,4%	73,7%	37,2%	
TOTAL	92	87	103	71	18	197	9	64	47	19	43	750
%/TOTAL	12,3%	11,6%	13,7%	9,5%	2,4%	26,3%	1,2%	8,5%	6,3%	2,5%	5,7%	

- 1- Deporte
- 2- Sedentario
- 3- Aprendizaje
- 4- Culturales
- 5- Cuidado de niños
- 6- Oficios caseros
- 7- Enseñanza
- 8- Actividades sociales

- 9- Negocio propio
- 10- Act. trabajo anterior
- 11- Otras

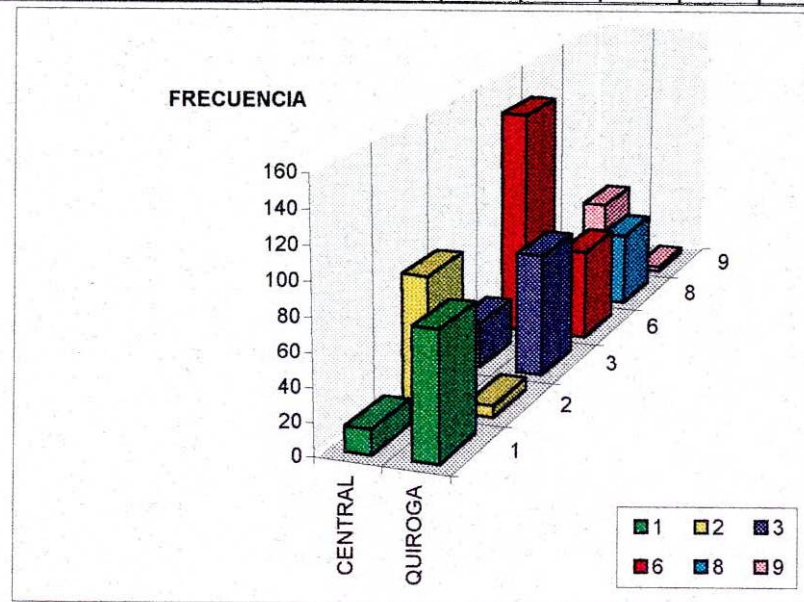


FIGURA 11. Ocupación del tiempo libre

PREPARACIÓN PARA PENSIONARSE.

Conjuntamente ambos sexos, en una proporción del 52,9 % reconocieron haber estado preparados para asumir su nueva vida como pensionados. Esta alta proporción se justifica en su gran mayoría por los planes internos de las empresas tendientes a la preparación de los futuros pensionados. Tabla 11 y Figura 12.

Sin embargo, es altamente representativo el porcentaje restante (47,1%), el cual reconoce no haber recibido preparación para el inicio de su nueva etapa de vida.

GRADO DE SATISFACCIÓN.

En un 44,7%, ambos sexos opinaron estar satisfechos con su nueva situación de vida. Un 40,1% responde estar conforme, mientras que el restante 15,2% declara su insatisfacción. (Tabla 12 y Figura 13). Analizando los resultados obtenidos, se puede detectar que un 55,3% reconoce su inconformismo o insatisfacción ante su rol de vida como pensionados.

TABLA 11. Preparación para pensionarse

	Si		No		TOTAL	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.
CENTRAL	91	90	82	65	173	155
% CAA	52,6%	58,1%	47,4%	41,9%		
%/ preparación	82,7%	81,8%	78,8%	70,7%		
QUIROGA	19	20	22	27	41	47
% Casa	46,3%	42,6%	53,7%	57,4%		
%/ preparación	17,3%	18,2%	21,2%	29,3%		
%/TOTAL	110	110	104	92	214	202
	51,4%	54,5%	48,6%	45,5%		

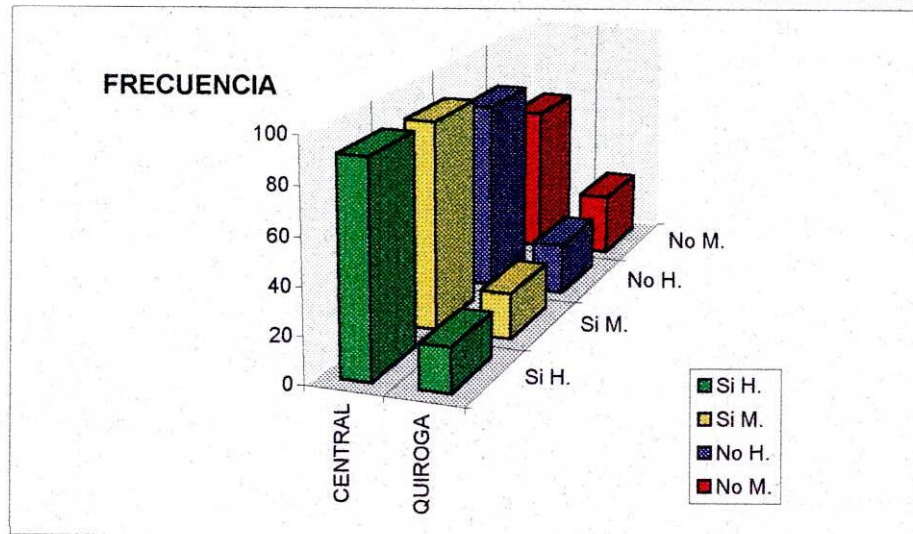


FIGURA 12. Preparación para pensionarse

TABLA 12. Grado de satisfacción

	Satisfecho		Conforme		Insatisfecho		TOTAL	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
CENTRAL	71	68	72	55	22	40	165	163
% CAA	43,0%	41,7%	43,6%	33,7%	13,3%	24,5%		
%/ satisfacción	78,0%	71,6%	79,1%	72,4%	95,7%	100,0%		
QUIROGA	20	27	19	21	1	0	40	48
% Casa	50,0%	56,3%	47,5%	43,8%	2,5%	0,0%		
%/ satisfacción	22,0%	28,4%	20,9%	27,6%	4,3%	0,0%		
% TOTAL	91	95	91	76	23	40	205	211
	44,4%	45,0%	44,4%	36,0%	11,2%	19,0%		

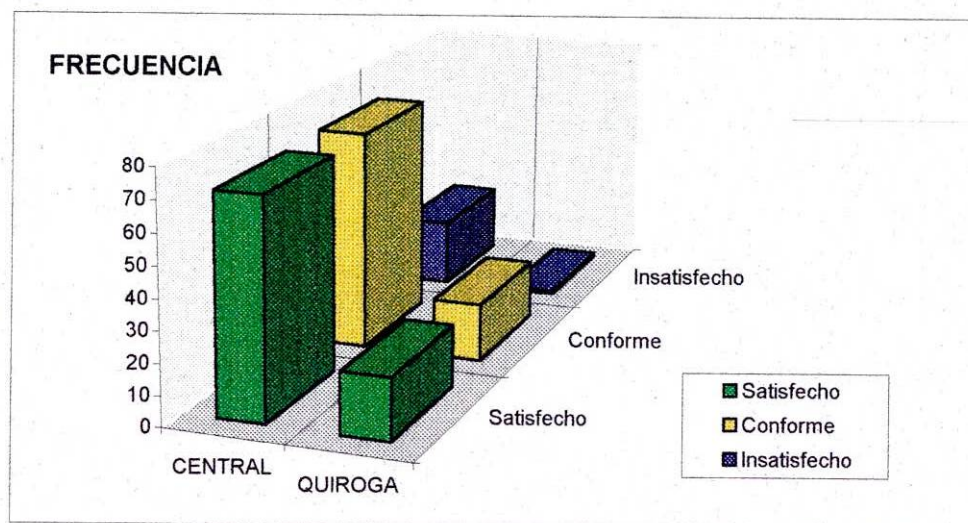


FIGURA 13. Grado de satisfacción

EXPECTATIVAS

Esta pregunta busca consolidar las expectativas de los pensionados de la muestra. De su evaluación se podrá desarrollar planes que beneficien directamente el interés de las personas de la Tercera Edad. Tabla 13 y Figura 14.

Se percibe el interés general de querer continuar siendo productivos (Opción 3, 16,1%). Confrontando este interés, se encuentra la segunda respuesta, la opción No. 10, donde el personal encuestado no responde o no sabe. De esta segunda respuesta, se puede deducir que los pensionados carecen de la instrucción necesaria para afrontar este nuevo ambiente de vida.

COMPARTIR SU VIDA DIARIA.

Se pudo detectar en la muestra, que conjuntamente los pensionados comparten su vida diaria con los familiares en un 47,0%. Seguidamente con amigos (27,7%) y con vecinos (13,2%), para finalmente encontrarse los excompañeros (6,5%) y otros (5,6%).

Se concluye, que así como el 47% de la población desarrolla su vida de pensionado dentro de las expectativas e intereses de la familia, un porcentaje muy similar (40,9%), busca dentro de sus amistades y vecinos, su nuevo ambiente de vida. Tabla 14 y Figura 15.

TABLA 13. Expectativas de vida

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL
CENTRAL	21	6	4	66	19	4	12	42	14	45	46	3	3	13	30	328
% CAA	6,4%	1,8%	1,2%	20,1%	5,8%	1,2%	3,7%	12,8%	4,3%	13,7%	14,0%	0,9%	0,9%	4,0%	9,1%	
% /expectativa	60,0%	54,5%	100,0%	98,5%	73,1%	100,0%	85,7%	100,0%	93,3%	75,0%	86,8%	8,8%	75,0%	86,7%	93,8%	
QUIROGA	14	5	0	1	7	0	2	0	1	15	7	31	1	2	2	88
% Casa	15,9%	5,7%	0,0%	1,1%	8,0%	0,0%	2,3%	0,0%	1,1%	17,0%	8,0%	35,2%	1,1%	2,3%	2,3%	
% /expectativa	40,0%	45,5%	0,0%	1,5%	26,9%	0,0%	14,3%	0,0%	6,7%	25,0%	13,2%	91,2%	25,0%	13,3%	6,3%	
%/TOTAL	35	11	4	67	26	4	14	42	15	60	53	34	4	15	32	416
	8,4%	2,6%	1,0%	16,1%	6,3%	1,0%	3,4%	10,1%	3,6%	14,4%	12,7%	8,2%	1,0%	3,6%	7,7%	

- 1- Disfrutar la vida
- 2- Colocar un negocio
- 3- Volver al campo
- 4- Seguir trabajando
- 5- Tener salud
- 6- Vivir mucho tiempo
- 7- Lo que Dios quiera
- 8- Descansar
- 9- Morirme

- 10- No contesta o no sabe
- 11- Viajar
- 12- Capacitarme más
- 13- Ayudar a la gente
- 14- Adquirir otros bienes
- 15- Vivir en familia

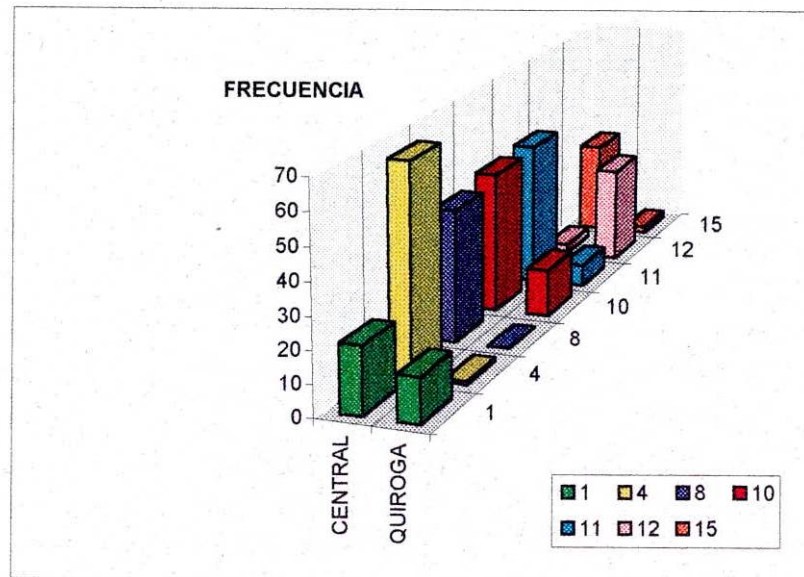


FIGURA 14. Expectativas de vida (mayores frecuencias)

TABLA 14. Comparten su vida

	Amigos		Vecinos		Excompañeros		Familiares		Otros		TOTAL	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
CENTRAL	86	48	26	31	13	11	71	179	8	2	204	271
% CAA	42,2%		12,7%		6,4%		34,8%		3,9%			
% /gasto	76,8%		54,2%		54,2%		67,0%		28,6%			
QUIROGA	26	27	22	10	11	9	35	31	20	8	114	85
% Casa	22,8%		19,3%		9,6%		30,7%		17,5%			
% /gasto	23,2%		45,8%		45,8%		33,0%		71,4%			
%/TOTAL	112	75	48	41	24	20	106	210	28	10	318	356
	35,2%	21,1%	15,1%	11,5%	7,5%	5,6%	33,3%	59,0%	8,8%	2,8%		

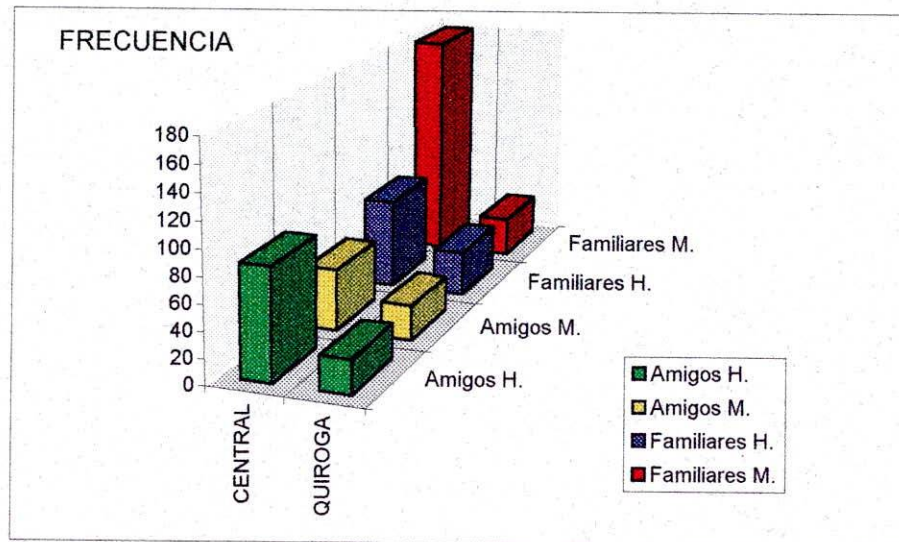


FIGURA 15. Comparten su vida

ACTIVIDADES QUE COMPARTE CON LA FAMILIA.

Los pensionados de ambos sexos comparten mayormente con su familia, los momentos más propicios para hacerlo como lo son ver T.V. (33,5%) y las comidas (30,5%).

A continuación se hallan los eventos extrahabitacionales como son pasear (12,1%) y hacer visitas (10,8).

El restante 13,1% reporta una dedicación a actividades solitarias. Tabla 15 y Figura 16.

OBTENCIÓN DE CONOCIMIENTOS.

Los pensionados de ambos sexos, centraron sus expectativas de adquisición de conocimientos en lo referente con la administración y desarrollo de microempresas (16,3%). El segundo lugar, se reportó el interés de los pensionados hacia la salud (12,7%), para continuar con las manualidades como arreglos florales, artesanías y cultivos hidropónicos.

Un 8,3% de la población estudiada manifestó su interés en conocer sobre el desarrollo de la vida sexual de los ancianos. Tabla 16 y Figura 17.

TABLA 15. Actividades en familia

	Ninguna		Ve TV		Comidas		Paseos		Radio		Visitas		Otros		TOTAL	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
CENTRAL	17	16	94	157	125	107	36	29	9	4	25	33	3	2	309	348
% CAA	5,5%	4,6%	30,4%	45,1%	40,5%	30,7%	11,7%	8,3%	2,9%	1,1%	8,1%	9,5%	1,0%	0,6%		
% /ingreso	77,3%	66,7%	75,8%	84,9%	90,6%	74,8%	58,1%	58,0%	25,0%	20,0%	44,6%	75,0%	27,3%	33,3%		
QUIROGA	5	8	30	28	13	36	26	21	27	16	31	11	8	4	140	124
% Casa	3,6%	6,5%	21,4%	22,6%	9,3%	29,0%	18,6%	16,9%	19,3%	12,9%	22,1%	8,9%	5,7%	3,2%		
% /ingreso	22,7%	33,3%	24,2%	15,1%	9,4%	25,2%	41,9%	42,0%	75,0%	80,0%	55,4%	25,0%	72,7%	66,7%		
TOTAL	22	24	124	185	138	143	62	50	36	20	56	44	11	6	449	472
%/TOTAL	4,9%	5,1%	27,6%	39,2%	30,7%	30,3%	13,8%	10,6%	8,0%	4,2%	12,5%	9,3%	2,4%	1,3%		

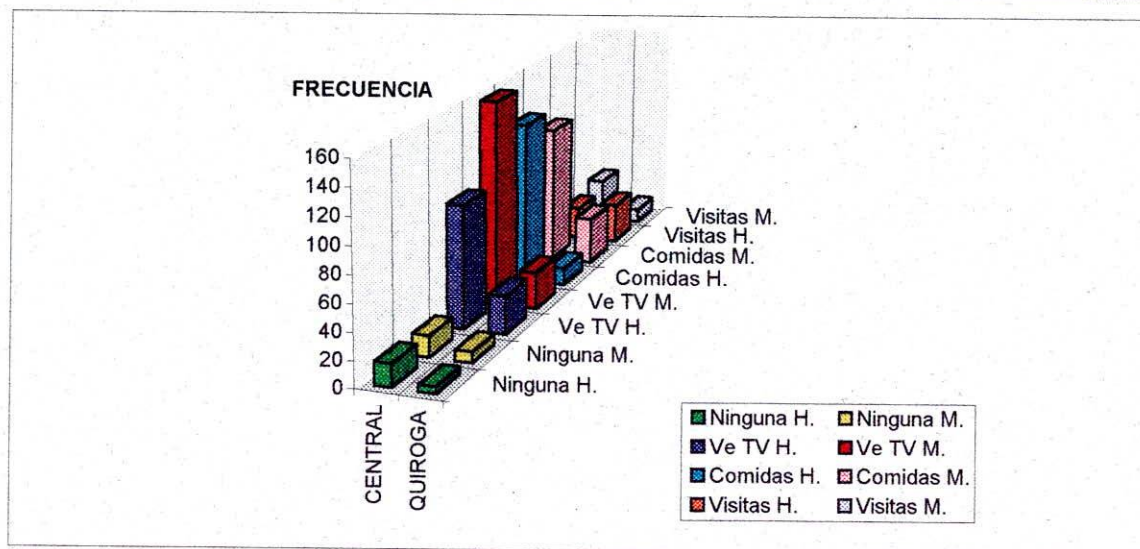


FIGURA 16. Actividades en familia

TABLA 16. Adquirir conocimientos.

	Artesanías		Vida Sexual		Salud		Mic_emp.		Artísticas		Hidropónicos		Modist.		Marq_Carp.		Florales		Otros		TOTAL	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
CENTRAL	26	20	24	11	18	31	37	47	5	6	23	19	6	10	18	5	21	30	18	11	196	190
% CAA	13,3%	10,5%	12,2%	5,8%	9,2%	16,3%	18,9%	24,7%	2,6%	3,2%	11,7%	10,0%	3,1%	5,3%	9,2%	2,6%	10,7%	15,8%	9,2%	5,8%		
% /expectativa	49,1%	55,6%	53,3%	55,0%	40,9%	56,4%	62,7%	69,1%	15,6%	22,2%	50,0%	50,0%	37,5%	29,4%	45,0%	35,7%	53,8%	57,7%	56,3%	36,7%		
QUIROGA	27	16	21	9	26	24	22	21	27	21	23	19	10	24	22	9	18	22	14	19	210	184
% Casa	12,9%	8,7%	10,0%	4,9%	12,4%	13,0%	10,5%	11,4%	12,9%	11,4%	11,0%	10,3%	4,8%	13,0%	10,5%	4,9%	8,6%	12,0%	6,7%	10,3%		
% /expectativa	50,9%	44,4%	46,7%	45,0%	59,1%	43,6%	37,3%	30,9%	84,4%	77,8%	50,0%	50,0%	62,5%	70,6%	55,0%	64,3%	46,2%	42,3%	43,8%	63,3%		
%/TOTAL	53	36	45	20	44	55	59	68	32	27	46	38	16	34	40	14	39	52	32	30	406	374
	13,1%	9,6%	11,1%	5,3%	10,8%	14,7%	14,5%	18,2%	7,9%	7,2%	11,3%	10,2%	3,9%	9,1%	9,9%	3,7%	9,6%	13,9%	7,9%	8,0%		

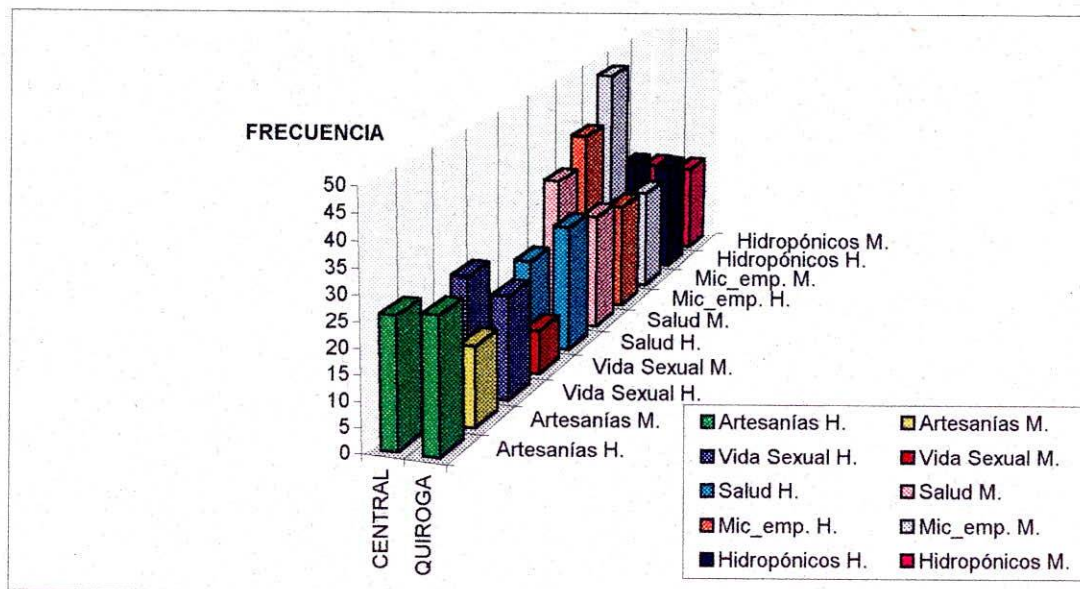


FIGURA 17. Adquirir conocimientos

CONSIDERACIÓN DENTRO DEL NÚCLEO FAMILIAR.

De la población encuestada, un porcentaje de 46,6% manifiesta sentir reconocimiento de su nueva etapa de vida dentro de su núcleo familiar. Un 39,7% se halla realizado y solamente el 13,7% se considera ignorado, dentro del mismo ámbito. Tabla 17 y Figura 18.

6.1.2 Conclusiones Cuestionario Calidad de Vida. Se concluye de los datos obtenidos, que a pesar de que la gran mayoría de los pensionados se desenvuelven cerca del núcleo familiar, sus expectativas sociales las desarrollan con amigos o con vecinos.

Se considera entonces, que aunque el círculo familiar se encuentra cercano, la autonomía que los actuales pensionados han manejado durante el lapso de vida productiva, se ve coartada por dicho círculo.

De lo anterior se desprende del anhelo demostrado por la población estudio, en capacitarse mediante la asistencia a conferencias y talleres, que por ende, propician la integración con personas de su misma edad.

Asimismo, la brecha generacional entre sus hijos y nietos, juega papel preponderante. Esto es, muy a su pesar, el pensionado se integra a su familia a través de su ayuda en actividades cotidianas menores (ir al supermercado, acompañar los niños hasta el colegio, colaborar con el aseo de la vivienda, etc),

TABLA 17. Reconocimiento familiar

	Reconocido		Ignorado		Realizado		TOTAL	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
CENTRAL	80	65	24	14	84	61	188	140
% CAA	42,6%	46,4%	12,8%	10,0%	44,7%	43,6%		
%/ realizac.	74,8%	74,7%	66,7%	66,7%	91,3%	83,6%		
QUIROGA	27	22	12	7	8	12	47	41
% Casa	57,4%	53,7%	25,5%	17,1%	17,0%	29,3%		
%/ realizac.	25,2%	25,3%	33,3%	33,3%	8,7%	16,4%		
TOTAL	107	87	36	21	92	73	235	181
% TOTAL	45,5%	48,1%	15,3%	11,6%	39,1%	40,3%		

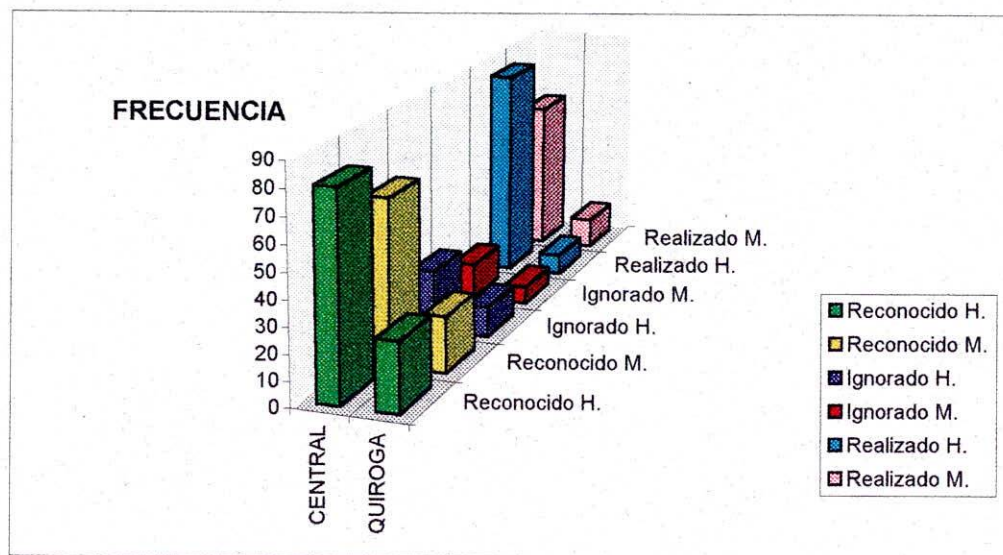


FIGURA 18. Reconocimiento familiar

que solo representan para el pensionado, su necesidad interna de sentirse útil y no como una sobrecarga familiar.

Psicológicamente puede considerarse que su inquietud hacia el aprendizaje de nuevas técnicas y manualidades, se encuentre motivada por el querer continuar manejando cierta independencia de criterio, con el integrante de sentirse útil y ocupado.

Pero independiente de querer sentirse útil, es bien conocido que todo ser humano debe desarrollarse dentro de un ambiente participativo, y es aquí donde se enfatiza la necesidad que los pensionados tienen de las actividades de integración, que redundan en bienestar social comunitario en procura de un mejor estado de salud.

Válido es entonces incorporar al presente análisis, el concepto verbal de la gran mayoría de pensionados que esperan anhelantes los días de pago de pensiones, porque se integran durante un día con personas de su misma edad y expectativas.

Las autoras del presente estudio retoman en este punto, la percepción general existente sobre la vida del pensionado, cuando éste sostiene su vida en la medida que mantenga una ocupación de acuerdo con sus gustos.

6.2 CUESTIONARIO HISTORIA CLÍNICA

6.2.1 Resultados. Los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario Historia Clínica, es el siguiente:

NÚMERO DE CONSULTAS EN EL ÚLTIMO AÑO.

La mayor frecuencia se halla en el rango de de 0 a 5 consultas al año, tanto al médico general como al especialista (40,1% para los hombres y 41,8% para las mujeres). Enseguida aparece el rango de 6 a 10 visitas al año. Tabla 18 y Figura 19.

Como se observa, el 62,1% de las historias seleccionadas, reportan que los pensionados visitan al médico general como al especialista en un promedio de 10 veces al año.

EXÁMENES DE LABORATORIO MÁS SOLICITADOS.

Al analizar los requerimientos de análisis de laboratorio del personal de pensionados, se encontró una mayor frecuencia para ambos sexos, en la expedición de Cuadros Hemáticos completos (17,6%). Tabla 19 y Figura 20.

TABLA 18. Número de consultas al año.

	Médico Gral		Especialista		Otros		TOTAL			
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	%	M.	%
0 visitas/año	16	17	30	47	174	163	220	36,9%	227	37,6%
De 1 a 5 consultas/año	104	106	115	106	25	36	244	40,9%	248	41,1%
De 6 a 10 cons/año	61	62	39	35	0	2	100	16,8%	99	16,4%
De 11 a 15 cons/año	16	15	11	12			27	4,5%	27	4,5%
De 16 a 20 cons/año	2	1	4	1			6	1,0%	2	0,3%
TOTALES	199	201	199	201	199	201	597	100,0%	603	100,0%

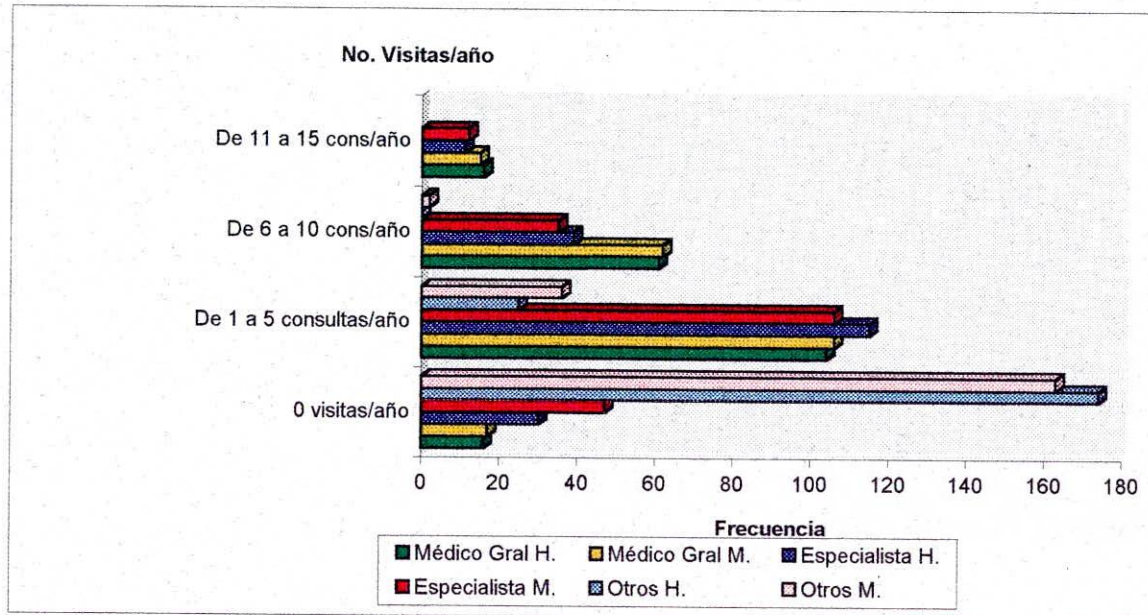


FIGURA 19. Número de consultas al año

TABLA 19. Exámenes de Laboratorio - Mayores frecuencias

COD	EXAMEN	LAB. 1		LAB. 2		LAB. 3		LAB. 4		LAB. 5		LAB. 6		LAB. 7		LAB. 8		LAB. 9		LAB. 10		TOTAL			
		H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	%	M.	%
1	C. H. COMPLETO	60	52	39	22	15	18	8	9	4	1	0	2	0	1	2	0					128	20,5%	105	17,9%
2	GLICEMIA	17	24	23	21	26	20	16	13	9	10	5	0	1	0							97	15,6%	88	15,0%
3	P. O.	45	35	29	25	12	4	8	6	6	5	2	4	0	1	1	0					103	16,5%	80	13,6%
4	COPROLOGICO	6	3	10	6	2	3	1	1	1	4	4	1	2	1							26	4,2%	19	3,2%
5	TRIGLICERIDOS	10	12	23	25	27	30	12	8	10	8	0	6	2	3	2	0					86	13,8%	92	15,6%
6	COLESTEROL	2	3	10	16	23	26	27	29	12	10	9	8	0	7	2	3	2	0			87	14,0%	102	17,3%
8	ACIDO ÚRICO	4	4	4	8	4	6	6	8	7	4	6	4	3	3	2	1					36	5,8%	38	6,5%
10	CREATININA			1	2	2	2	6	8	5	3	6	4	5	0	2	2	1	0			28	4,5%	21	3,6%
12	CITOLOGÍA	0	9	0	3			0	1			0	1	0	1	0	1					0	0,0%	16	2,7%
14	SEROLOGÍA	5	6	2	2	1	0	4	2					0	1	1	0					13	2,1%	11	1,9%
18	B.U.N	1	0	1	2	4	6	3	3	4	3	3	0	3	2							19	3,0%	16	2,7%
TOTALES		150	148	142	132	116	115	91	88	58	48	35	30	16	20	12	7	3	0	0	0	623	100,0%	588	100,0%

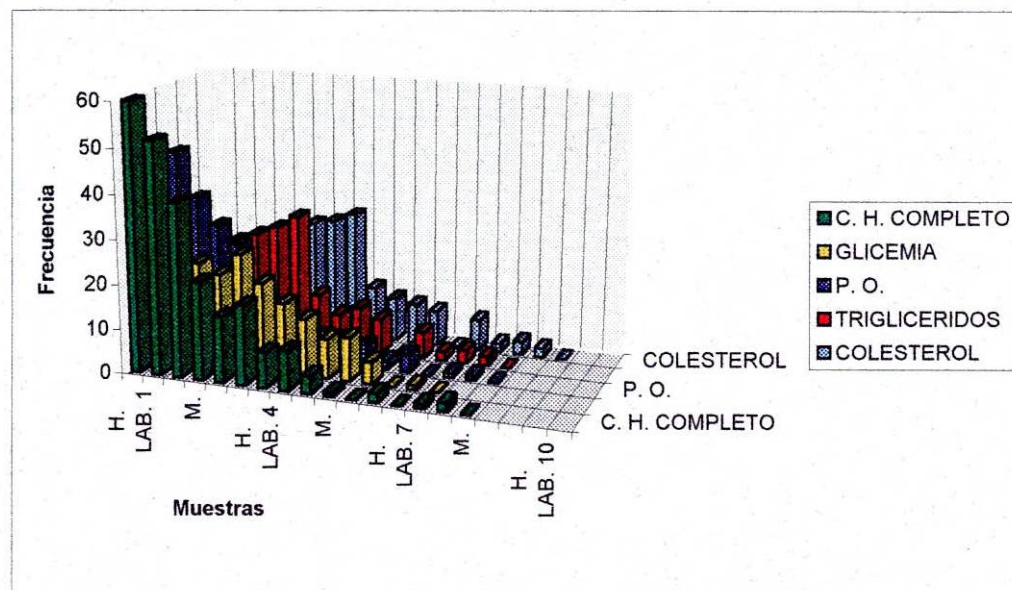


FIGURA 20. Exámenes de Laboratorio - Mayores frecuencias

En los hombres, el segundo lugar fue ocupado por el Parcial de Orina (15,1%) y en las mujeres, los análisis de Colesterol (15,9%).

Los análisis de mayor frecuencia restantes, se ubican en Glicemia, Triglicéridos y Ácido Úrico.

IMAGENOLOGÍA.

En los hombres, se presenta una mayor frecuencia en los Rayos X del tórax y la columna vertebral y la Endoscopia V.D.A. Por el contrario, las mujeres se enmarcan en los Rayos X de tórax, extremidades y columna vertebral, quedando la endoscopia en quinto lugar para el sexo femenino. Tabla 20 y Figura 21.

DIAGNÓSTICO MÁS FRECUENTE.

Dentro de los diagnósticos que presenta el personal de pensionados pertenecientes al C.A.A., ambos sexos reportan una mayor frecuencia en el H.T.A. (Hipertensión Arterial). (Tabla 21 y Figura 22). En el segundo lugar, los hombres presentan mayormente Gastritis y Duodenitis, y las mujeres Artropatías.

Se detecta que la Diabetes se reporta en quinto lugar dentro del sexo femenino, mientras que los hombres presenta este diagnóstico en décimo lugar.

TABLA 20. Imagenología

COD	IMANENOLOGIA	IMAG. 1		IMAG. 2		IMAG. 3		IMAG. 4		TOTAL			
		H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	%	M.	%
1	RX TÓRAX	31	16	5	5	3	0	1	0	40	29,2%	21	15,0%
2	RX COLUMNA	10	18	5	2	0	2			15	10,9%	22	15,7%
4	RX EXTREMIDADES	8	17	2	4	1	1			11	8,0%	22	15,7%
5	RX PELVIS	0	5	0	4	0	1			0	0,0%	10	7,1%
6	RX SENOS PARANASALES	5	13	1	1	0	1	1	0	7	5,1%	15	10,7%
11	UROGRAFIA	6	0	4	2					10	7,3%	2	1,4%
12	ECOGRAFIA RENAL	4	4	4	3	1	0			9	6,6%	7	5,0%
13	MAMOGRAFIA	0	5	0	3	0	1			0	0,0%	9	6,4%
14	TAC SIMPLE	12	6	2	3	1	1			15	10,9%	10	7,1%
15	ECOGRAFIA DE ESCROTO Y/O PRÓSTATA	6	0	1	0					7	5,1%	0	0,0%
21	ENDOSCOPIA V.D.A. Y RECTO SIG.	12	11	4	2					16	11,7%	13	9,3%
23	ECOGRAFIA DE HIGADO Y V.B	5	7	2	1	0	1			7	5,1%	9	6,4%
TOTALES		99	102	30	30	6	8	2	0	137	100,0%	140	100,0%

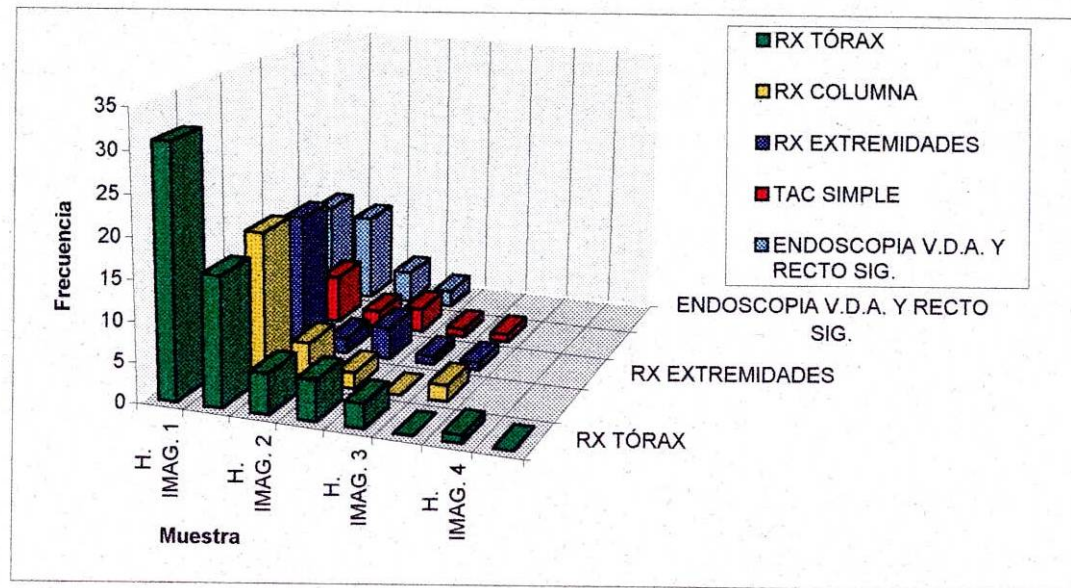


FIGURA 21. Imagenología - Mayores frecuencias

TABLA 21. Diagnósticos - Mayores frecuencias

COD.	DIAGNOSTICO	DX. 1		DX. 2		DX. 3		TOTAL			
		H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	%	M.	%
250	DIABETES	6	9	3	8			9	2,5%	17	4,3%
272		8	13	4	10	2	3	14	3,9%	26	6,6%
402	CARDIOPATIA HIPERTENSIVA	3	2	6	1	2	0	11	3,0%	3	0,8%
411	ISQUEMIA CARDIACA	0	1	2	2			2	0,6%	3	0,8%
414	ENFERMEDAD CORONARIA	6	4	7	2	1	3	14	3,9%	9	2,3%
473	SINUSITIS	2	4	2	4	2	1	6	1,7%	9	2,3%
493	ASMA	7	5	0	3			7	1,9%	8	2,0%
496	E.P.O.C.	8	4	5	5	1	2	14	3,9%	11	2,8%
530		5	7	4	3	2	2	11	3,0%	12	3,0%
535	GASTRITIS Y DUODENITIS	17	10	5	8	2	2	24	6,6%	20	5,1%
600	HIPERPLASIA PROTATICA	7	1	7	0			14	3,9%	1	0,3%
713	ARTROPATIAS	8	11	8	17	2	4	18	5,0%	32	8,1%
714	ARTRITIS REUMATOIDEA	5	7	1	5			6	1,7%	12	3,0%
TOTALES		82	78	54	68	14	17	363	100,0%	394	100,0%

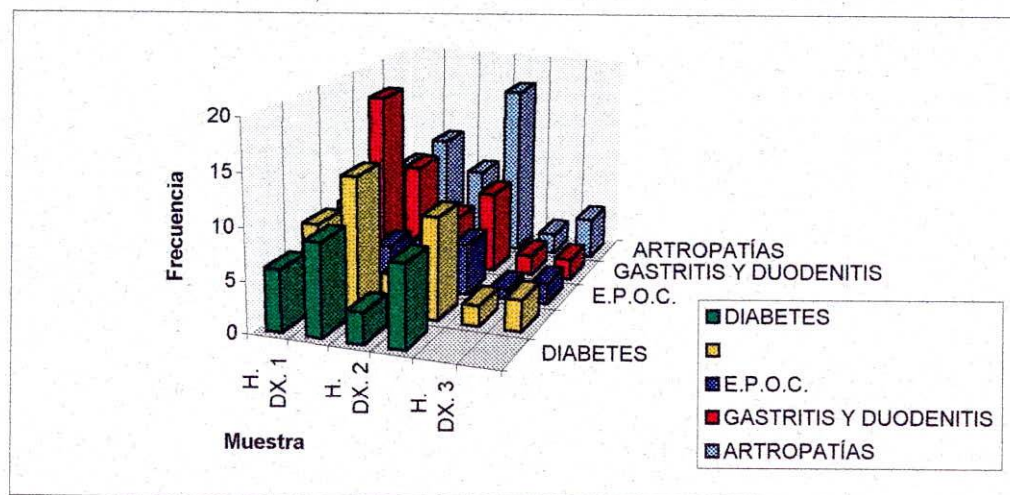


FIGURA 22. Diagnósticos - Mayores frecuencias

MUESTRA DE MEDICAMENTOS.

Esta información se recopiló con el propósito de confrontar los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario Historia Clínica con los diagnósticos reportados. Tabla 22 y Figura 23.

De la observación de los medicamentos formulados, se constató que el Captopril (el de mayor frecuencia), concuerda con la mayor frecuencia de diagnóstico para ambos sexos (H.T.A).

El segundo medicamento recetado al sexo masculino, corresponde a la Ranitidina, corroborando los problemas digestivos anteriormente acotados. De igual manera, el Ibuprofen recomendado a las mujeres, constata las artropatías presentadas por las pensionadas.

6.2.2 Conclusiones Cuestionario Historia Clínica. La información obtenida en la aplicación del cuestionario Historia Clínica, permite visualizar los requerimientos de la población de la tercera edad en lo referente a tipo de consultas, diagnósticos, medicación y exámenes de laboratorio.

La base de datos confeccionada, permite determinar las expectativas de atención requeridas por una institución dedicada a la atención de pensionados. Genera igualmente, los estimativos de material médico-quirúrgico y de apoyo

TABLA 22. MUESTRAS DE MEDICAMENTOS

COD	MEDICAMENTO	LISTA 1		LISTA 2		LISTA 3		LISTA 4		TOTAL			
		H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	%	M.	%
1	VERAPAMILO	20	11	1	3	1	1	1	0	23	11,9%	15	7,3%
2	CAPTOPRIL	27	32	7	9	2	0			36	18,7%	41	20,0%
3	PROPANOLOL	12	11	6	3			0	1	18	9,3%	15	7,3%
4	DILTIAZEN	1	8	3	3	1	2	1	1	6	3,1%	14	6,8%
6	NIFEDIPINA	8	9	0	2	1	1			9	4,7%	12	5,9%
9	PREZOCIN	5	3	2	1	0	1	1	0	8	4,1%	5	2,4%
15	RANITIDINA	16	13	1	11	8	2	1	1	26	13,5%	27	13,2%
22	NAPROXEN	5	2	3	2	0	2	0	1	8	4,1%	7	3,4%
25	IBUPROFEN	1	6	6	7	1	3	0	3	8	4,1%	19	9,3%
26	GEMFIBROZIL	0	8	3	2	0	2	1	1	4	2,1%	13	6,3%
34	VENTILAN INH.	5	6	4	2	3	1			12	6,2%	9	4,4%
39	DINITRATO ISOSORBIDE	5	3	3	8	4	1	3	0	15	7,8%	12	5,9%
43	ASA	5	3	12	3	3	8	0	2	20	10,4%	16	7,8%
TOTALES		110	115	51	56	24	24	8	10	193	100,0%	205	100,0%

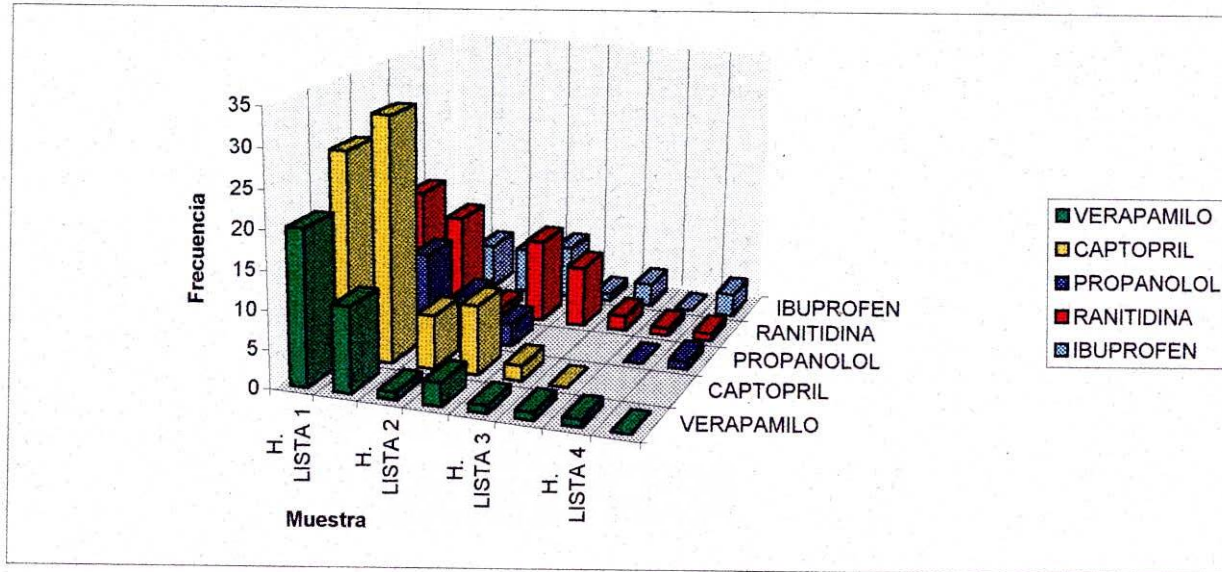


FIGURA 23. Suministro de medicamentos - Mayores frecuencias

con los cuales debe contar la I.P.S. Tersalud, para prestación de dichos servicios.

Esta información igualmente, permite el diseño del personal requerido para la atención del personal interno con base en las indicaciones emitidas por Ley para el desarrollo de los servicios destinados a las personas de la tercera edad.





7. PROPUESTA Y CONCLUSIONES

7.1 PROPUESTA

Una vez determinadas las necesidades y las características de las personas de la Tercera Edad en los Seguros Sociales, se proponen los siguientes aspectos para la conformación de una IPS.

7.1.1 Misión. Como I.P.S. **TERSALUD** brinda apoyo científico y social y orientación hacia la salud, a las personas de la Tercera Edad.

La acción y la confianza de **TERSALUD** está basada en la actividad social y médica, construyendo así su *Misión*: servir, apoyar, orientar la asistencia con calidad y mística y siempre pensando en las personas de edad, lo que naturalmente proporciona satisfacción personal y prestigio para la Empresa.

7.1.2 Valores. Las actividades de **TERSALUD** estarán orientadas por los siguientes valores:

T ratamiento Profesional
E quidad
R esponsabilidad
S alud y Bienestar
A mabilidad
L iderazgo en Salud
U nidad de Criterios
D ignidad

La I.P.S. también soportará su filosofía empresarial en:

- **LA TOLERANCIA**, porque:

Tolerancia

ES DEJAR PENSAR, CREER, CREAR.
ES AMAR AUN EN LA DIFERENCIA.
ES CONFRONTARSE SIN VIOLENCIA
ES Oponerse con respeto.
ES CONSTRUIR LA VERDAD ENTRE TODOS.
ES LA ÉTICA DEL RECONOCIMIENTO HUMANO.
ES DIALOGAR ANTES DE RECHAZAR.
ES RESPETAR EL DESACUERDO.
ES LA DIGNIDAD HUMANA POR ENCIMA DEL PODER.
ES CEDER PARA AVANZAR.
ES ACOGER LA DIVERSIDAD SIN DISCRIMINACIÓN.

Lo único **intolerable** es la violencia a los Derechos Humanos

En TERSALUD importa mucho el talento y el sentir de las personas.

- EN LO POSITIVO

***¿ Qué puedo hacer yo para
volverme una
persona positiva?***

- **Búsquele el lado bueno de las personas, situaciones y cosas.**
- **Hable bien de usted mismo y de los demás.**
- **Nunca se queje; evite hacer el papel de víctima.**
- **Trate a las personas como le gustaría que lo trataran a usted.**
- **Trátese usted mismo con cariño, respeto y tolerancia.**
- **Limpie su mente de temores y prejuicios.**
- **No se sienta mal por sus errores, aprenda de ellos.**
- **Dedique más tiempo a pensar en sus bendiciones que en sus Desgracias.**
- **Evite escuchar canciones tristes y negativas.**
- **Cuando se sienta triste, sonría y actúe como si estuviera feliz.**
- **No pierda su tiempo escuchando o leyendo noticias sangrientas o mortificantes.**
- **Evite discretamente la compañía de personas pesimistas y quejumbrosas.**
- **Rodéese de gente positiva y alegre.**
- **Dedique su pensamiento amable a cada persona que lo ofenda o fastidie.**
- **Practique diariamente la relajación muscular.**
- **Lea con frecuencia libros de superación personal.**
- **Dedíquese a lo que más le guste hacer, aunque no parezca muy rentable.**
- **Fíjese objetivos claros de lo que le gustaría ser, hacer, tener y aprender.**
- **Escriba sus objetivos y léalos con frecuencia.**
- **Cultive el hábito de pasar pronto de la idea a la acción.**

L.J. Santos

TERSALUD, piensa primero en la **persona** porque la persona es quien proyecta su imagen.

- EN LA CREACIÓN, LA VIDA Y LA NATURALEZA.

EL ARBOL ECHA SUS RAICES

De las fábulas, para mí la más hermosa es el misterioso milagro de la vida. Es encantador observar como la semilla que sembramos por el concurso de la madre tierra y del agua, germina y de esa acción bella, el tallo se va estirando, mientras los rocíos se vierten, luego con el tiempo llegan las hojas y las flores.

Desde la siembra de la semilla hasta la flores que dan nuevas semillas, ha pasado mucho tiempo, se han sucedido muchos hechos, por ello no cortemos la vida y su esfuerzo antes de tiempo, no impidamos que con el paso de los días ocurran nuevos milagros " Hermán M^a Victoria

TERSALUD siente que la tierra necesita mucha atención y cuidado y nosotros los hombres, mucho amor.

7.1.3 Análisis económico y operacional I.P.S.

INFRAESTRUCTURA:

Contando con los recursos financieros y tecnológicos, las IPS son las entidades encargadas de administrar salud a los afiliados de las EPS como serían en estos momentos (COMPENSAR , I.S.S. CAFESALUDAD ETC) autorizadas por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, donde se acredite la experiencia en la prestación de servicios de salud. Algunas IPS cuentan con toda la infraestructura propias de su actividad lo mismo que con el recurso humano, factor importantísimo en este tipo de negocios.

MODALIDADES:

Obligatoriamente se requiere de personal administrativo que es el encargado del manejo operacional de la IPS, el cual tendrá como función básica el control de los afiliados a la I.P.S. Tersalud, a través de bases de datos donde se incorporen los pacientes en orden cronológico de atención y por tipo de tratamientos recibidos para adelantar la correspondiente evaluación del POS, procurando brindar una muy buena atención. Se espera contar con personal conocedor del mercado, promoviendo los servicios ofertados por la I.P.S. Tersalud, contando con el apoyo de una relacionista pública o trabajadora social.

El interés primordial de esta estructura, es incrementar el número de usuarios afiliados a varias E.P.S.

En la parte administrativa, a través de las mismas bases de datos, se logrará controlar las visitas de los usuarios al servicio médico, porque el usuario incurre en algunos costos debido a que debe pagar en pequeñas proporciones las visitas a los médicos. Después de tres visitas médicas, el costo será del 10% de la actividad para los estratos 1, 2 y 3 y del 20% para los estratos 4, 5 y 6 (esto es conocido como cuota moderadora). Los beneficiarios del usuario o trabajador, por el contrario, deben pagar su visita la médico ya que generalmente las E.P.S

ofrecen a sus usuarios un servicio de planes complementarios para medicina especializada o exámenes, a precios que no son cubiertos por el POS.

PERSONAL CALIFICADO

2 Modalidades :

Se puede trabajar con ellos bien sea por sueldos o por honorarios. La contratación de médicos generales recién egresados, favorece la etapa inicial del proyecto por no ser tan onerosa la inversión. Igualmente, se considera que el médico general sólo hace consultas preventivas y permite la asignación de recursos hacia otras variables constitutivas de la atención al personal de la tercera edad.

En la estructura de costos, el hecho de trabajar bajo la modalidad de honorarios es altamente favorable ya que así no incurriría en gastos de prestaciones sociales y aportes parafiscales. Pero contrariamente a lo expuesto, el hecho de contar con un grupo médico bajo la modalidad de sueldos, beneficia un mayor y mejor control sobre el ramo profesional, lo cual redundará positivamente en la atención al usuario, garantizando una programación de citas médicas más eficiente, permitiendo a corto plazo la amplitud en la cobertura de atención.

En lo relacionado con la medicina especializada, la mejor estrategia es subcontratarla con especialistas anexos bajo la modalidad de honorarios, para de igual manera, disminuir costos de prestaciones sociales.

También se contará con los servicios de un buen geriatra para que evalúe los pacientes que se encuentren bajo la responsabilidad de la I.P.S.

La prestación de los servicios de exámenes de laboratorio, redundará positivamente en la imagen de la I.P.S Tersalud, puesto que se gana en calidad e integridad de los servicios de salud a la tercera edad.

INFRAESTRUCTRAS

I.P.S A TODO SERVICIO

La planta física de la I.P.S Tersalud estará ubicada en la ciudad de Santafé de Bogotá, donde se establecerá una edificación acorde con los intereses de trabajar con personas de la Tercera Edad. Contará con un mínimo de tres líneas telefónicas centralizadas en un conmutador.

Los consultorios para medicina general y otros servicios de medicina, aparte de prestar sus servicios a los usuarios propios, prestará el servicio a personas

afiliadas a otras E.P.S. Contarán con buena iluminación natural y la dotación básica de cada uno de ellos será: un escritorio con 3 sillas, camilla para evaluación de pacientes, equipos de apoyo para exámenes generales como tensiómetro, báscula, equipos de órganos de los sentidos, etc.

Los consultorios de especialistas tendrán como dotación, aparte de los elementos antes descritos, los equipos especializados para la atención de pacientes.

La totalidad de los consultorios estarán provistos de un buen sistema de comunicación interna, preferencialmente con la secretaría general y/o la recepción, para el tránsito de pacientes a consultas.

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO:

La responsabilidad estará en un bacteriólogo para que analice las muestras, contando con el apoyo de dos (2) auxiliares de enfermería para que tomen las muestras de laboratorio en las primeras horas del día. Estos auxiliares, durante el resto del tiempo, pueden colaborar en otras actividades como el servicio de enfermería e inyectología y atención de usuarios externos.

El laboratorio contará con los elementos necesarios para prestar un eficiente servicio. La adquisición de estos equipos implica efectuar una inversión en propiedad planta y equipo, reduciendo costos innecesarios al no tenerse que contratar la prestación del servicio y se ganará en operatividad y atención teniendo un control directo sobre los resultados de laboratorio .

SERVICIO DE RADIOLOGÍA.

Este servicio será pretado mediante la modalidad de contratación con otras IPS, pues los costos elevados de los equipos no justifican la inversión frente a la demanda.

SERVICIO DE ODONTOLOGIA

Se establecerá un consultorio dotado con los requerimientos necesarios para la adecuada prestación del servicio dental a los pacientes. El personal adscrito estará conformado por un odontólogo de tiempo completo, una auxiliar y una higienista dental de medio tiempo para que realice actividades de promoción y prevención. Se prestarán los servicios odontológicos menores como amalgamas, limpiezas y extracciones. Los tratamientos especializados corren por cuenta y riesgo del paciente.

PSICÓLOGO:

Para la evaluación psicológica de los pacientes se contará con un profesional de dicha rama profesional, buscando dar valor agregado al producto ofertado por la I.P.S. Tersalud, dado que no todas las I.P.S cuentan con este servicio.

Como estrategia inicial, se procurará conseguir los servicios de personal recién egresado ya que las universidades facilitan estudiantes para hacer sus prácticas o pasantías, y los costos serían menores.

ENFERMERÍA:

El personal encargado de la enfermería está compuesto por una jefe de enfermeras y tres (3) auxiliares. Se diseñará una programación de turnos para las rotaciones nocturnas requeridas para la atención a los pacientes residentes.

SERVICIO DE FARMACIA

La Ley 100 al respecto dice que sólo se suministren medicamentos genéricos de los cuales el usuario tendrá que pagar algo del total de la droga que se le recete. Para tal efecto, estos se encuentran categorizados según los ingresos de los

pacientes. Los medicamentos requeridos por el paciente, que no sean genéricos, corren a cargo del mismo.

SERVICIO DE HOTELERIA Y HOSPITALIZACION

El objetivo central de este servicio, es ofertar a la población de la tercera edad, en primera instancia, una solución de integración social y comunitaria para las personas sanas que así lo desean, y en segundo lugar, para las personas afectadas no discapacitadas, que requieran de cuidados médicos temporales. Ver Figuras 24, 25 y 26.

Los usuarios de este servicio contarán con las siguientes actividades de desarrollo e integración:

Un salón múltiple: Donde se tendrá a disposición de los usuarios, de conformidad con una programación que incluye actividades de capacitación, recreativas y terapias grupales hasta para 20 personas y estará dotado:

- Música ambiental.
- Televisión.
- Videograbadora (películas - video conferencias sobre temas de su interés).
- Juegos de mesa.

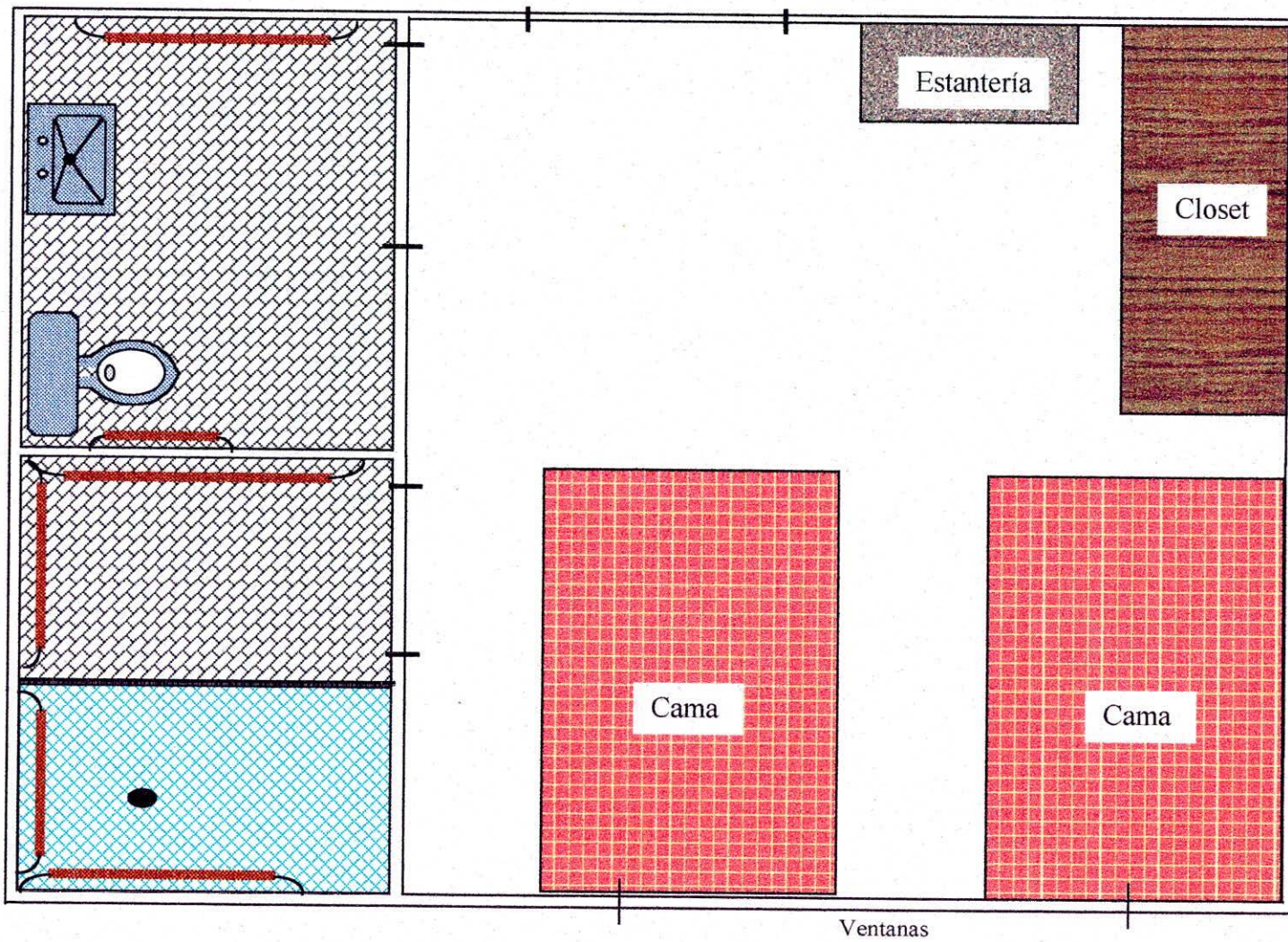


FIGURA 24. Diseño de la habitación

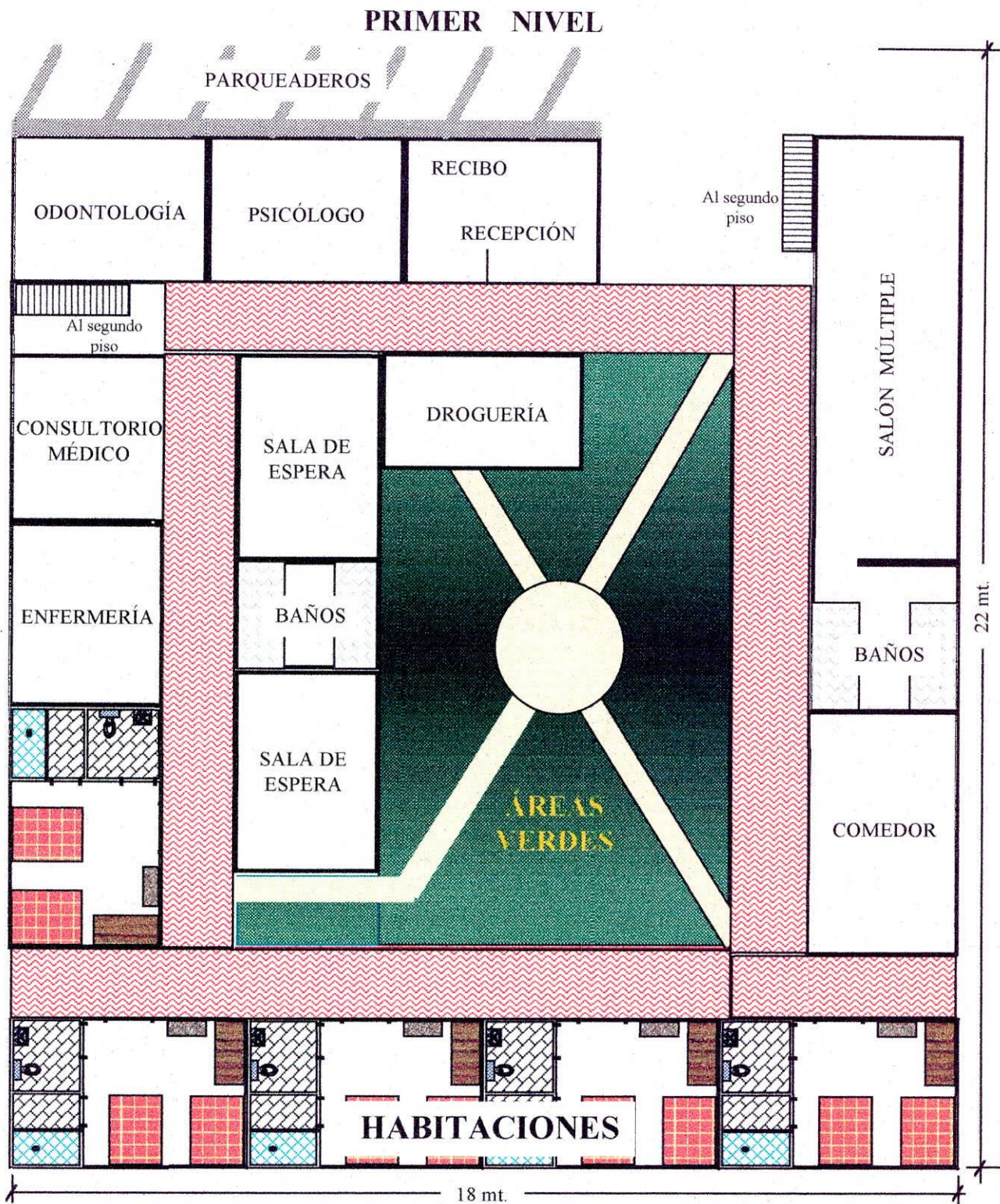


FIGURA 25. Plano Primer nivel

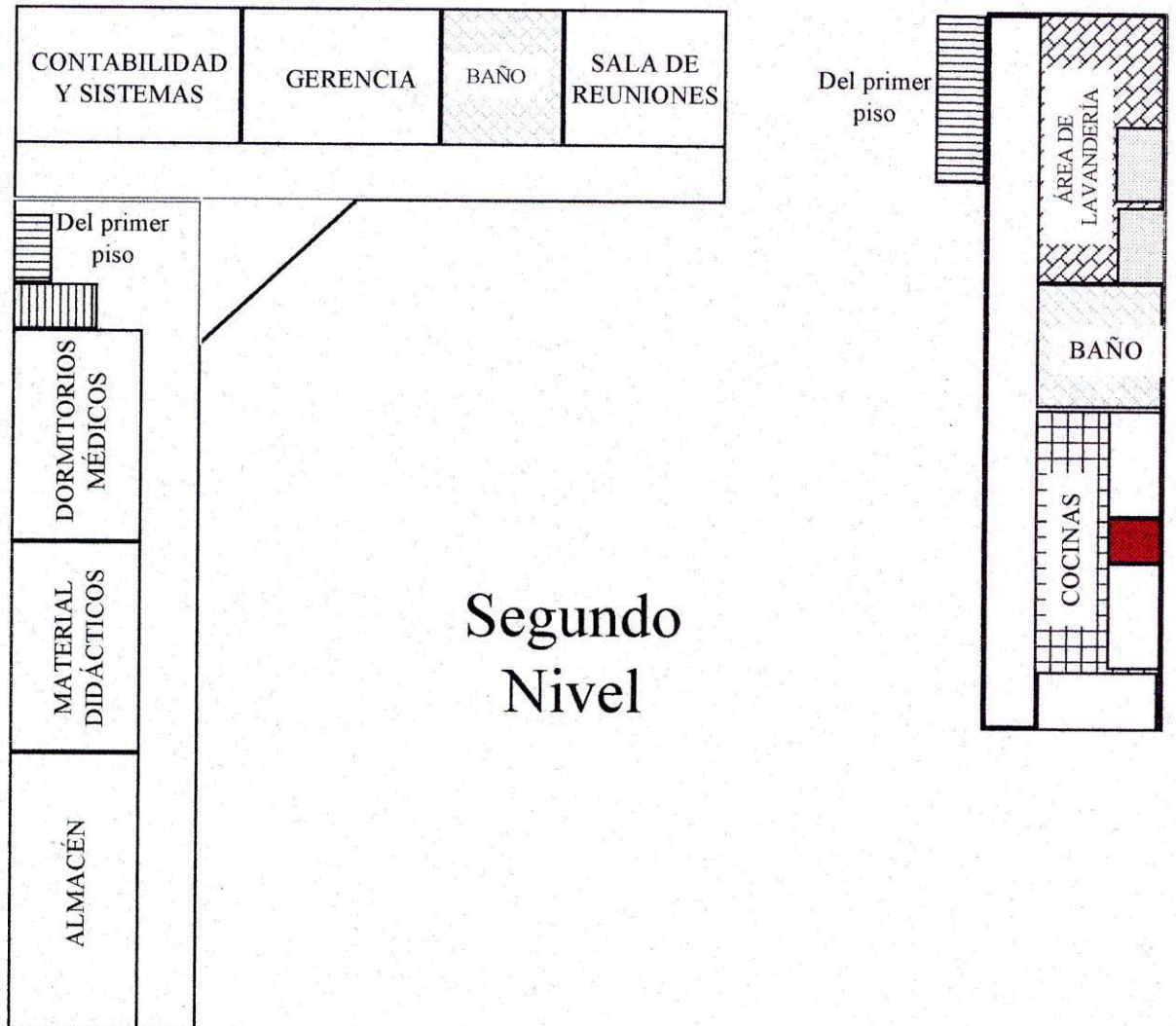


FIGURA 26. Plano Segundo nivel.

- Integración comunitaria.
- Material didáctico para el desarrollo de actividades de capacitación.

Una zona verde: Preferentemente para ser utilizada en actividades al aire libre y que pretende la integración directa de las personas de la tercera edad.

Habitación: Sitio de reposo, donde las personas de la tercera edad, contarán con las condiciones necesarias para su total descanso. Dichas habitaciones estarán habilitadas con las dotaciones requeridas para la atención a las personas de la tercera edad, como pasamanos y apoyos dentro de los servicios sanitarios como se vio en la Figura 24.

Igualmente, los espacios internos serán amplios a fin de brindar zonas de tránsito fáciles tanto para los usuarios, así como para el personal de apoyo en caso de ser requerida una atención de urgencias.

Alimentación y lavandería: Con la prestación de estos servicios, los usuarios se despreocuparán de las tensiones referentes a dichas necesidades básicas.

Para la elaboración de los menús, se contará con una dietista, que semanalmente estará revisando las dietas entregadas al personal de cocinas.

El servicio de alimentación será prestado en el salón destinado para tal propósito, remitiéndose el servicio desde las cocinas a través de un ascensor para alimentos.

Los servicios de integración y capacitación, podrán ser usufrutuados por personal no interno.

PERSONAL ADMINISTRATIVO

El personal administrativo estará compuesto por un gerente administrador, que tendrá bajo su responsabilidad, aparte de las funciones inherentes al manejo y control administrativo de la I.P.S. Tersalud, el control del siguiente personal:

Secretarias y recepcionistas para la atención amable de los usuarios internos y externos de la I.P.S. Tersalud.

Personal de contabilidad: dotado de un buen equipo de computación para el manejo eficiente de la contabilidad y estados financieros.

Un funcionario encargado de las compras y pagos a proveedores, teniendo control sobre los inventarios tanto de medicamentos como de productos de laboratorios. Se recomienda comprar los productos al por mayor para obtener

así descuentos y plazo para el pago de las mercancías. El personal de compras tiene la obligación de elaborar cuadros comparativos de proveedores y precios, tiempos de entrega, descuentos y vencimiento de pagos, verificar la calidad de los productos, los cuales se guardan en el almacén de mercancías especiales, clasificando todos los productos. En almacenaje diferente estarán los perecederos o de cocinas y productos de aseo .

PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES

Esta sección estará conformada por: el personal de aseo, lavanderías y cocina.

El jefe de cocinas estará bajo el control y la supervisión directa de la dietista.

El personal de aseo tendrá como responsabilidad básica, la correcta presentación y aseo de las habitaciones y áreas comunitarias. Se encargarán de recoger la ropa de los internos y la ropa blanca para su traslado a la lavandería.

SEGUNDA OPCION

Al utilizar la opción de contratar los servicios con otras I.P.S, se pagarían honorarios, obteniéndose una comisión por estos servicios, pero no se estaría dando un servicio integral y se perdería el control de calidad del servicio. Las autoras del proyecto no consideran acertada esta opción, porque es mejor

asumir los riesgos. La ley 100 posibilita la competencia con servicios, y se considera más loable adelantar un esfuerzo en procura de ofrecer a las personas de la tercera edad una alternativa positiva para el desarrollo de esta etapa de su vida.

FINANZAS

Los recursos se obtendrán de la misma actividad propia del negocio. Si se trabaja sectorizado como es la idea para la Tercera Edad, corresponde al 1.45% (\$175.450.00) por persona y se aplica el valor unitario por número de usuarios, ya que las E.P.S tienen que pagar los servicios que se les presten previo acuerdo de las tarifas entre las I.P.S y la E.P.S.

Se buscará el desarrollo de actividades de promoción y prevención en salud, con el fin de solicitar ante la E.P.S. correspondiente, los auxilios aportados por el Fondo de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, en lo referente a las campañas de su competencia. El valor reconocido es de \$5.880,00 por cada beneficiario de los cuales del 20% será descontado por la E.P.S por los servicios administrativos prestados.

Los aportes de los socios fundadores serán de \$70.000.000.00 como aporte inicial y se buscará un crédito a largo plazo por la suma de \$ 400.000.000.00

para la construcción de la sede, con lo cual se tendrá una inversión inicial de \$470.000.000.00

INFRAESTRUCTRA

Se tramitará la adquisición de un lote de 22 x 18 mts en Santafé de Bogotá, estimándose unos costos de \$ 600.000,00 para el mt² de construcción, ascendiendo el costo total de la sede a \$ 237.600.000,00.

Con el dinero restante del préstamo se adquirirán equipos médicos, equipo odontológico y de rayos x, equipo de comunicación y computación en red (servidor y mínimo 3 terminales con impresoras), equipo de enfermería, equipo de cocinas, juegos de comedor y accesorios, ascensor de comidas para bajarlas de la cocina ubicadas en el segundo piso, 10 juegos de camas, lavadora semi industrial, estanterías para archivos o archivadores para historias clínicas, etc.

EQUIPO DE OFICINAS

Escritorios para cada una de las secciones y de acuerdo a sus necesidades máquinas de escribir, calculadoras, salas de recibo, sillas para pacientes en la sala de espera y medicina externa, 3 líneas telefónicas, conmutador central

mínimo con 15 derivaciones, biblioteca para mantener libros técnicos, científicos, y médicos y software aplicado para las necesidades informáticas.

OBJETIVOS

Lograr adquirir esta propiedad planta y equipo, algunos a mediano plazo con el propósito de orientar los esfuerzos a la adquisición de un buen stock de medicamentos mientras se supera la etapa de introducción en el mercado potencial. Posteriormente, se procurará la obtención de buenos créditos para la adquisición de mercancías e insumos, material quirúrgico y de laboratorio.

Por consiguiente, con una inversión inicial para la adquisición de planta y equipo de \$ 170.000.000.00, se procura contar con un encaje de \$ 30.000.000.00 para evitar al inicio de operaciones de la I.P.S. Tersalud, se presente iliquidez y obligue a la búsqueda inicial de préstamos extrabancarios.

PERSONAL A CONTRATAR Y COSTOS

El personal profesional se contrata por honorarios por servicios profesionales, y el personal operativo, se contratará con empresas dedicadas a este tipo de servicio.

Odontólogo	\$ 750.000,00
Bacterióloga	600.000,00
Auxiliar de Odontología	180.000,00
Higienista Oral	200.000,00
Farmacéuta	360.000,00
2 Médico Generales	1.500.000,00
Sicólogo	300.000,00
Geriatra por Horas (Honorarios)	550.000,00
2 Enfermera Jefe	1.200.000,00
Terapeuta Ocupacional	300.000,00
Terapeuta Física	300.000,00
Contador Público Medio Tiempo	350.000,00
Auxiliar Contable	300.000,00
Administrador	500.000,00
Dietista	300.000,00
Auxiliares de Enfermerías 4	720.000,00
Porteros 3	450.000,00
Aseadoras 2	300.000,00
Secretarías 2	360.000,00
Jefe de Cocinas	200.000,00
Servicios Generales 4	600.000,00
Total	\$ 10.320.000,00

El personal especializado, desarrollará las actividades que requerirán 4500 pensionados, de conformidad con el cuadro siguiente.

**ACTIVIDADES Y HORAS MÉDICAS Y DE APOYO ASISTENCIALES
QUE DEMANDAN 4500 PENSIONADOS**

Talento Humano	Actividad	Rend./Hora	Horas-año
2 Médico General de 6 horas	Consulta	3	3120
1 Médico Gerontólogo de 4 horas	Consulta especializada	3	1040
1 Psicólogo de 4 horas	Valoración y apoyo	2	1040
2 Enfermeras de 8 horas	1 Consulta de apoyo 1 Actividad de promoción y prevención	2	4160
1 Nutricionista 4 horas	Consulta y apoyo educativo	3	1040
1 Odontólogo de 8 horas	Prevención y protección específicas	3	2080
4 Auxiliares de Enfermería de 8 horas	Labores asistenciales directas o delegadas	8.5	8320
1 Bacterióloga de 8 horas	Soporte diagnóstico	14	2080
1 Auxiliar de odontología de 8 horas	Acciones delegadas de apoyo	3	2080
1 Higienista Oral 4 horas	Acciones de prevención, promoción y profilaxis	2	1040
1 Terapeuta Ocupacional de 4 horas	Valoración y tratamiento específico	2	1040
1 Terapeuta Física de 4 horas	Valoración y tratamiento específico	2	1040

Los costos y gastos los determinaremos en costos fijos y costos variables así :

En insumos, medicamentos, y material quirúrgico y de laboratorios se establece la estructura de sistema de inventarios permanentes para obtener unos costos fijos, y manejarlos por promedio ponderado para tener un control real de los productos y precios de ventas. Se determinará así cuánto cuestan los productos y los márgenes de rentabilidad.

COSTOS FIJOS DE OPERACION

Estimados personal (año)	\$ 123.840.000,00
Total	\$ 123.840.000,00

EGRESOS POR SERVICIOS PRESTADOS

Se refiere a la inversión requerida por cada usuario en un lapso de 1 año, de acuerdo a los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario Historia Clínica, con base en los servicios requeridos con mayor frecuencia por este tipo de usuarios.

400 ESTUDIO	SERVICIOS	4500 PROYECTADO
\$ 8.124.00	Consulta MG	\$ 14.400.000.00
8.161.00	Consulta ESP	10.125.000.00
318.00	Otras Consult	3.619.200.00
9.983.00	Laboratorio	44.923.500.00
15.865.00	Imagenología	71.392.500.00
4.036.00	EKG	62.100.000.00
294.937.00	Medicamentos	663.608.250.00
\$ 341.424.00 per cápita		\$870.168.450.00 (global)

El costo definitivo de los servicios asciende a \$746.328.450,00 descontando del costo total de los mismos, el valor de mano de obra.

GASTOS VARIABLES

Mantenimientos, servicios públicos, papelerías, notariales, asesorías, y otros estimados	\$ 42.000.000,00
Más los compromisos de bancos estimados	\$ 65.000.000,00
Total	\$ 97.000.000,00

INGRESOS

Proviene de la atención al P.O.S medicina externa con una capacidad de 4500 usuarios con unas tarifas	789.525.000,00
Ingresos por Hospitalización a capacidad total 10 personas/mes a \$ 600.000.00 c/u.	72.000.000,00
Ingresos por ventas a particulares y a otras IPS	111.413.760,00
Fondo de Promoción y Prevención	21.186.000,00
Total	\$994.124.760,00

Por lo tanto, se debe procurar un nivel de atención a particulares en todos los servicios ofrecidos, para garantizar niveles de ingreso que mantengan e incrementen los estados financieros.

UTILIDADES

La administración velará por la utilización de medicamentos genéricos que salen más económicos, así como el control en el despilfarro de medicamentos y materiales de apoyo, tratará de reducir costos y redistribuir funciones para evitar

duplicidad de ellas, haciendo rotación de personal para así elevar el porcentaje de utilidad esperado, son las estrategias de la I.P.S. Tersalud en procura de optimizar los niveles de rentabilidad.

La estructura actual permite visualizar una utilidad bruta durante los años requeridos para liberar los gastos financieros de:

$$\$994.124.760,00 - \$843.328.450,00 = \$150.796.310,00$$

Quedando una utilidad neta después de impuestos (Renta y complementarios y de Guerra (37,5%)) de:

$$\$150.796.310,00 - \$ 56.548.616,25 = \$94.247.693,75$$

En primera instancia, el 50% de la utilidad neta, se destinará para la amortización de las obligaciones bancarias, en procura de liberar a más corto plazo dichos compromisos. Una vez liberados, estos recursos se destinarán para las mejoras y ampliaciones requeridas para ofertar más y mejores servicios. Lo anterior dependerá en grado mayor o menor, de las necesidades de la I.P.S. de conformidad con sus estados financieros a la fecha del ejercicio.

7.2 CONCLUSIONES

El nivel de vida de los anciano en Colombia no es el mejor ya que sobre ese factor inciden fuerzas como la labor, la condición social y el medio ambiente en el cual se desenvuelven las personas.

Casi nadie conoce la manera de proceder frente a las personas ancianas; debido a ello, se cometen errores como relegarlos, ignorarlos y hacerlos sentir como un estorbo y no lo que realmete son: personas con un profundo conocimiento de la situación social y de las actividades laborales.

Las Historias Clínicas permitieron determinar la frecuencia de las visitas al médico por parte de los ancianos, que fue de 6,5% anual.

La propuesta es viable en la medida que con el servicio prestado, se estará ofertando a la población de la tercera edad, que de acuerdo con las proyecciones de la pirámide poblacional de Colombia, se está invirtiéndose rápidamente, debido a una disminución de la tasa de natalidad conjugada con un incremento en la esperanza de vida.

El beneficio sobre la inversión económica está directamente relacionado con las campañas de Promoción y Prevención, que redita la Unidad de Pago por Capacitación. La inversión se recupera a los cuatro años.

Las utilidades están directamente relacionadas con los volúmenes de servicios de apoyo prestados a particulares y otras I.P.S.

El estudio interesó a las investigadoras y dejó una magnífica experiencia en la proyección de su perfil administrativo para cumplir con el rol social que les corresponde.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CUTRONA, C.; RUSSELL, D & ROSE. Comportamiento social y adaptación al estrés. 1986.

DE V. ECHEVERRY, Ligia. Familia y vejez. En: Nev colombiana de Gerontología y Geriátría. Vol. IV, abril-junio, 1981.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Ciclo vital, envejecimiento-vejez y derechos humanos. 1993.

DENNEY. Vejez y cambios cognitivos. Englewood: Prentice, 1982.

DUMA, Zedier. Ocio y Sociedad de Clases. Barcelona: Fontanella, 1971.

ECOE. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991.

_____. CÓDICO DE COMERCIO, 1992.

EISDORFER. Modelos conceptuales de la vejez. American Psychologist. Bulletin, 1983.

KAHANA B. Comportamiento social y vejez. Englewood: Prentice Hall, 1982.

ISS. Decreto Reglamentario de la Ley 100 de 1993. Santafé de Bogotá, 1994.

_____. Plan Nacional de Atención al Pensionado. Bogotá, 1984.

LOWNTHEL y HAVEN. Interacción y adaptación a las variables críticas. 1968.

MINISTERIO DE SALUD. Ley 100. 1993.

_____. Plan de atención integral del anciano. Bogotá, 1989.

_____. La ancianidad (proyecto Tercera Edad), Bogotá, 1991.

_____. Programa salud del anciano. Bogotá, 1993.

MORAGAS. Gerontología Social. Barcelona: Herder, 1980.

ONU. Informe sobre el envejecimiento de la población mundial. New York, 1992.

_____. Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. New York, 1985.

RUBALCABA, Luis; CANETTI, Santos. Salud vs. Sedentarismo. La Habana: Imoprenta Naciona, 1989.

RUIZ, Dulcey. La jubilación en Colombia. 1979.

RUIZ, Dulcey y RUIZ, Esmeralda. Ciclo vital, envejecimiento y vejez. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 1993.

SANCHEZ, Jesús y Otros. La vejez y sus mitos. Madrid: Salvat, 1986.

TIERNO, Bernabé. Valores Humanos. Madrid: Taller de Editores, 1992.

VICTORIA, Hermán María. Cuentos Didácticos. Bogotá: Librocom, 1994.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Maguare. Bogotá, 1991.

_____. Facultad de Artes. 1993.

ANEXOS

ANEXO A. ENCUESTA PARA IDENTIFICAR LA CALIDAD DE VIDA

ENCUESTA PARA IDENTIFICAR LA CALIDAD DE VIDA EN LA TERCERA EDAD

A. IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL

C.A.A. Central _____ Casa pensionado Quiroga _____

B. IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO.

Nombre: _____ 1er. Apellido _____
 2do. Apellido _____ Sexo: _____ M o F
 Fecha de Nacimiento: Año _____ Mes _____ Día _____
 Departamento: _____ Municipio: _____ Edad: _____

Estado Civil Casado: _____ Viudo: _____
 Separado: _____ Unión libre: _____

Tipo de Pensión: Vejez: _____ Invalidez: _____
 Beneficiario: _____

C. VIVIENDA.

Tipo: Casa: _____ Pieza: _____ Apto: _____

Tenencia: Arriendo: _____ Propia: _____ Hipoteca: _____

Comparte su vivienda: Esposo(a): _____ Hijos: _____ Amigo: _____
 Sobrino: _____ Solo: _____ Otros: _____

D. INGRESO MENSUAL PERSONAL.

Por pensión: Menos del salario mínimo: _____
 De 1 a 2 salarios mínimos: _____
 De 2 a 4 salarios mínimos: _____
 Más de 4 salarios mínimos: _____

Otros ingresos: _____

Gasta sus ingresos en: Alimentación: _____
 Vivienda: _____
 Educación: _____
 Salud: _____
 Otros: _____

E. SITUACIÓN SOCIAL.

Le hace falta su trabajo: Si: _____ No: _____

En que ocupa su tiempo: Deporte: _____ Oficios caseros: _____
 Sedentario: _____ Enseñanza: _____
 Aprendizaje: _____ Act. sociales: _____
 Culturales: _____ Negocio propio: _____
 Cuidado de niños: _____ Otras: _____

Actividades relacionadas con su trabajo anterior: _____

Cree Ud. haber estado preparado para su vida de pensionado:

Si: _____ No: _____

Cómo se siente Ud. con si mismo en esta nueva etapa de la vida ?

Satisfecho: _____ Conforme: _____ Insatisfecho: _____

Qué expectativas tiene con su vida ?

Comparte su vida diaria con: Amigos: _____ Vecinos: _____

Excompañeros de trabajo: _____ Familiares: _____ Otros: _____

Cuales: _____

Qué tipo de actividades comparte con su familia:

Ninguna: _____ T.V.: _____ Comidas: _____ Paseos: _____

Escuchar radio: _____ Hacer visitas: _____ Otras: _____

Especifique: _____

Le gustaría obtener conocimiento sobre:

Artesanías: _____

Aspectos relacionados con la vida sexual de los ancianos: _____

Aspectos relacionados con la salud: _____

Formación en microempresas: _____

Actividades artísticas: _____

Cultivos hidropónicos: _____

Modistería: _____

Marquetería y carpintería: _____

Arreglos florales: _____

Otros: _____

Cuales: _____

Cómo se considera dentro de su núcleo familiar:

Reconocido o admirado: _____ Ignorado: _____

Realizado: _____

ANEXO B. ANÁLISIS EN HISTORIA CLÍNICA**HISTORIA CLÍNICA****IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.**

Nombre: _____ 1er. Apellido _____

2do. Apellido _____ Sexo: _____ M o F

Fecha de Nacimiento: Año _____ Mes _____ Día _____

Departamento: _____ Municipio: _____ Edad: _____

NÚMERO DE CONSULTAS AL AÑO.

Médico General: _____ Médico especializado: _____ Otros: _____

REQUERIMIENTOS FARMACEÚTICOS.

Permanentes: Si: _____ No: _____

En caso de ser afirmativo, cuáles: _____

Laboratorio: Si: _____ No: _____ Cuántos años: _____

Exámenes más solicitados: _____

Imagenología: Si: _____ No: _____ Cuántas veces al año: _____

Cuáles: _____

Hospitalización: Si: _____ No: _____

Por urgencias: Si: _____ No: _____ Cuántas: _____

Por consulta externa: Si: _____ No: _____ Cuántas: _____

Motivos: _____

IDx más frecuente: _____

ANEXO C. Encuesta Historia Clínica

CUADRO EXAMENES DE LABORATORIO

COD	EXAMEN	LAB. 1		LAB. 2		LAB. 3		LAB. 4		LAB. 5		LAB. 6		LAB. 7		LAB. 8		LAB. 9		LAB. 10		TOTAL			
		H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	%	M.	%
1	C. H. COMPLETO	60	52	39	22	15	18	8	9	4	1	0	2	0	1	2	0					128	18,8%	105	16,4%
2	GLICEMIA	17	24	23	21	26	20	16	13	9	10	5	0	1	0							97	14,2%	88	13,7%
3	P. O.	45	35	29	25	12	4	8	6	6	5	2	4	0	1	1	0					103	15,1%	80	12,5%
4	COPROLÓGICO	6	3	10	6	2	3	1	1	1	4	4	1	2	1							26	3,8%	19	3,0%
5	TRIGLICERIDOS	10	12	23	25	27	30	12	8	10	8	0	6	2	3	2	0					86	12,6%	92	14,3%
6	COLESTEROL	2	3	10	16	23	26	27	29	12	10	9	8	0	7	2	3	2	0			87	12,8%	102	15,9%
7																						0	0,0%	0	0,0%
8	ACIDO ÚRICO	4	4	4	8	4	6	6	8	7	4	6	4	3	3	2	1					36	5,3%	38	5,9%
9	ASTOS					2	1	2	0	0	1	1	1									5	0,7%	3	0,5%
10	CREATININA			1	2	2	2	6	8	5	3	6	4	5	0	2	2	1	0			28	4,1%	21	3,3%
11	ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	4	0	1	0	1	0	1	0	2	0											9	1,3%	0	0,0%
12	CITOLOGÍA	0	9	0	3			0	1			0	1	0	1	0	1					0	0,0%	16	2,5%
13	FROTIS DE GARGANTA							1	0	2	3			0	1							3	0,4%	4	0,6%
14	SEROLOGÍA	5	6	2	2	1	0	4	2					0	1	1	0					13	1,9%	11	1,7%
15	HEMOCLASIFICACIÓN							1	0			0	1									1	0,1%	1	0,2%
16	T.P	0	1			3	1	2	1	2	1							1	0			8	1,2%	4	0,6%
17	T.P.T			0	1	1	0	3	1	2	2	2	1							1	0	9	1,3%	5	0,8%
18	B.U.N	1	0	1	2	4	6	3	3	4	3	3	0	3	2							19	2,8%	16	2,5%
19	TRANSAMINASAS	1	0					2	1	0	1	0	1	1	0	1	2			1	0	6	0,9%	5	0,8%
20	BILIRRUBINA					1	1							1	0					1	0	3	0,4%	1	0,2%
21	RCTO DE PLAQUETAS			1	0	0	2											0	1			1	0,1%	3	0,5%
22	UROCULTIVO			2	3	2	3			1	0	0	1	1	1			1	0			7	1,0%	8	1,2%
23	R.A TEST	1	3	1	1	0	1	1	2					0	1							3	0,4%	8	1,2%
24	BK ESPUTO	0	1													0	1					0	0,0%	2	0,3%
25	CALCIO *****							0	1	0	1											0	0,0%	2	0,3%
26	C.D.K. - ENZIMAS									0	1											0	0,0%	1	0,2%
27	CULTIVOS SECRECIONES	0	1																			0	0,0%	1	0,2%

COD	EXAMEN	LAB. 1		LAB. 2		LAB. 3		LAB. 4		LAB. 5		LAB. 6		LAB. 7		LAB. 8		LAB. 9		LAB. 10		TOTAL			
		H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	%	M.	%
28	BIOPSIAS									0	1											0	0,0%	1	0,2%
29	COLPOSCOPIA											1	0	0	1							1	0,1%	1	0,2%
30	HORMONAS TOROIDEAS							1	1	0	2	1	1									2	0,3%	4	0,6%
31	*****									1	0											1	0,1%	0	0,0%

TOTALES		156	154	147	137	126	124	105	95	68	61	40	36	19	24	13	10	5	1	3	0	682	100,0%	642	100,0%
----------------	--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	-----	--------	-----	--------

ANEXO D. ENCUESTA: Historia Clínica

CUADRO IMAGENOLÓGIA

COD	IMANENOLOGIA	IMAG. 1		IMAG. 2		IMAG. 3		IMAG. 4		TOTAL			
		H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	%	M.	%
1	RX TÓRAX	31	16	5	5	3	0	1	0	40	25,2%	21	13,3%
2	RX COLUMNA	10	18	5	2	0	2			15	9,4%	22	13,9%
3	RX CRÁNEO	2	0							2	1,3%	0	0,0%
4	RX EXTREMIDADES	8	17	2	4	1	1			11	6,9%	22	13,9%
5	RX PELVIS	0	5	0	4	0	1			0	0,0%	10	6,3%
6	RX SENOS PARANASALES	5	13	1	1	0	1	1	0	7	4,4%	15	9,5%
7	RX ABDOMEN	0	2					1	0	1	0,6%	2	1,3%
8	ECOGRAFÍA PELVICA			0	3					0	0,0%	3	1,9%
9	ECOGRAFÍA ABDOMINAL	2	4	1	2					3	1,9%	6	3,8%
10	RX COLON x ENEMA	1	2							1	0,6%	2	1,3%
11	UROGRAFÍA	6	0	4	2					10	6,3%	2	1,3%
12	ECOGRAFÍA RENAL	4	4	4	3	1	0			9	5,7%	7	4,4%
13	MAMOGRAFÍA	0	5	0	3	0	1			0	0,0%	9	5,7%
14	TAC SIMPLE	12	6	2	3	1	1			15	9,4%	10	6,3%
15	ECOGRAFÍA DE ESCROTO Y/O PRÓSTATA	6	0	1	0					7	4,4%	0	0,0%
16	DOPPLER							1	0	1	0,6%	0	0,0%
17	ARTROSCOPIA	1	0							1	0,6%	0	0,0%
18	ECOCARDIOGRAMA	1	0	1	0					2	1,3%	0	0,0%
19	PRUEBA DE ESFUERZO	3	1	1	0					4	2,5%	1	0,6%
20	TAC CON MEDIO DE CONTRASTE							0	1	0	0,0%	1	0,6%
21	ENDOSCOPIA V.D.A. Y RECTO SIG.	12	11	4	2					16	10,1%	13	8,2%
22	HOLTER	1	0	1	0					2	1,3%	0	0,0%
23	ECOGRAFÍA DE HÍGADO Y V.B	5	7	2	1	0	1			7	4,4%	9	5,7%
24	E.E.G.	1	1							1	0,6%	1	0,6%
25	E.K.G									0	0,0%	0	0,0%
26	ECOGRAFÍA SENO					0	1			0	0,0%	1	0,6%
27	ELECTROMIOGRAFÍA	1	0							1	0,6%	0	0,0%
28	ANGIOGRAFÍA	1	1	1	0					2	1,3%	1	0,6%
29	ECOGRAFÍA RODILLA	1	0							1	0,6%	0	0,0%
TOTALES		114	113	35	35	6	9	4	1	159	100,0%	158	100,0%

ANEXO E. ENCUESTA:Historia Clínica

CUADRO DIAGNOSTICOS

COD.	DIAGNOSTICO	DX. 1		DX. 2		DX. 3		TOTAL			
		H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	%	M.	%
6	AMEBEASIS	0	1	1	1	1	0	2	0,6%	2	0,5%
53	HERPES			1	1			1	0,3%	1	0,3%
117	MICOSIS	0	1					0	0,0%	1	0,3%
233						0	1	0	0,0%	1	0,3%
244		4	3	2	3			6	1,7%	6	1,5%
250	DIABETES	6	9	3	8			9	2,5%	17	4,3%
251		0	1					0	0,0%	1	0,3%
252		0	1					0	0,0%	1	0,3%
272		8	13	4	10	2	3	14	3,9%	26	6,6%
274				3	0	2	0	5	1,4%	0	0,0%
278		0	1			0	2	0	0,0%	3	0,8%
279				0	1			0	0,0%	1	0,3%
280		0	1	0	1	0	1	0	0,0%	3	0,8%
281	ANEMIA	1	0	0	2			1	0,3%	2	0,5%
289		1	0			1	0	2	0,6%	0	0,0%
311	TRANSTORNOS DEPRESIVOS	0	1	1	1	0	1	1	0,3%	3	0,8%
331		0	1					0	0,0%	1	0,3%
332	PARKINSON			0	2			0	0,0%	2	0,5%
336				1	0			1	0,3%	0	0,0%
340	ESCLEROSIS	1	0	1	0			2	0,6%	0	0,0%
346				0	1			0	0,0%	1	0,3%
359		0	1			0	1	0	0,0%	2	0,5%
360		0	1	0	3	1	1	1	0,3%	5	1,3%
361						0	1	0	0,0%	1	0,3%
365				1	1			1	0,3%	1	0,3%
366	CATARATAS	1	3	1	3	2	0	4	1,1%	6	1,5%
367		0	1					0	0,0%	1	0,3%
369		2	0					2	0,6%	0	0,0%
375				1	0			1	0,3%	0	0,0%
380		1	0					1	0,3%	0	0,0%
386	VÉRTIGO			0	1	0	1	0	0,0%	2	0,5%
389						2	0	2	0,6%	0	0,0%
396						1	0	1	0,3%	0	0,0%
401	H.T.A.	72	80	16	16	1	4	89	24,5%	100	25,4%
402	CARDIOPATIA HIPERTENSIVA	3	2	6	1	2	0	11	3,0%	3	0,8%
411	ISQUEMIA CARDIACA	0	1	2	2			2	0,6%	3	0,8%

ANEXO E. ENCUESTA: Historia Clínica

CUADRO DIAGNOSTICOS

COD.	DIAGNOSTICO	DX. 1		DX. 2		DX. 3		TOTAL			
		H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	%	M.	%
413				1	1			1	0,3%	1	0,3%
414	ENFERMEDAD CORONARIA	6	4	7	2	1	3	14	3,9%	9	2,3%
425	CARDIOMOPATIA	1	2	3	1	0	1	4	1,1%	4	1,0%
426				0	1			0	0,0%	1	0,3%
427				1	1	2	1	3	0,8%	2	0,5%
428	INSUFICIENCIA CARDIACA	0	1	2	1	1	0	3	0,8%	2	0,5%
432				1	0			1	0,3%	0	0,0%
440				2	0			2	0,6%	0	0,0%
443				0	1			0	0,0%	1	0,3%
451		1	1	0	2			1	0,3%	3	0,8%
453		1	0	1	0	0	1	2	0,6%	1	0,3%
454	ENFERMEDAD VARICOSA	1	0	4	2	2	2	7	1,9%	4	1,0%
455	HEMORROIDES					0	1	0	0,0%	1	0,3%
459				0	2			0	0,0%	2	0,5%
460	ESTADOS GRIPALES	7	2					7	1,9%	2	0,5%
462		1	0					1	0,3%	0	0,0%
466	BRONQUITIS Y OTRAS DEL TRACTO RESP.	2	1	5	2	2	1	9	2,5%	4	1,0%
473	SINUSITIS	2	4	2	4	2	1	6	1,7%	9	2,3%
477	RINITIS ALÉRGICA	1	1	0	1	1	0	2	0,6%	2	0,5%
478		0	1					0	0,0%	1	0,3%
485						1	0	1	0,3%	0	0,0%
493	ASMA	7	5	0	3			7	1,9%	8	2,0%
496	E.P.O.C.	8	4	5	5	1	2	14	3,9%	11	2,8%
530		5	7	4	3	2	2	11	3,0%	12	3,0%
531				3	1			3	0,8%	1	0,3%
533		1	1			1	0	2	0,6%	1	0,3%
535	GASTRITIS Y DUODENITIS	17	10	5	8	2	2	24	6,6%	20	5,1%
550				1	0	3	1	4	1,1%	1	0,3%
553	HERNIA HIATAL			2	1	1	0	3	0,8%	1	0,3%
558	COLITIS			0	1	1	1	1	0,3%	2	0,5%
562						0	1	0	0,0%	1	0,3%
564						0	2	0	0,0%	2	0,5%
574				0	1	0	1	0	0,0%	2	0,5%
590	INSUFICIENCIAS RENALES	4	5			2	0	6	1,7%	5	1,3%
600	HIPERPLASIA PROTATICA	7	1	7	0			14	3,9%	1	0,3%
602		1	0					1	0,3%	0	0,0%

ANEXO E. ENCUESTA: Historia Clínica

CUADRO DIAGNOSTICOS

COD.	DIAGNOSTICO	DX. 1		DX. 2		DX. 3		TOTAL			
		H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	%	M.	%
608	TRANST. ORG. GENIT. MASC.			0	1			0	0,0%	1	0,3%
618	PROLAPSP GENITAL	0	1	0	3	0	2	0	0,0%	6	1,5%
690	DERMATOSIS	0	1	3	2	0	2	3	0,8%	5	1,3%
691						0	1	0	0,0%	1	0,3%
692				0	1	0	1	0	0,0%	2	0,5%
698		1	0			1	0	2	0,6%	0	0,0%
700						1	0	1	0,3%	0	0,0%
701						0	1	0	0,0%	1	0,3%
702		1	0					1	0,3%	0	0,0%
706						0	1	0	0,0%	1	0,3%
709		0	1	1	0			1	0,3%	1	0,3%
713	ARTROPATIAS	8	11	8	17	2	4	18	5,0%	32	8,1%
714	ARTRITIS REUMATOIDEA	5	7	1	5			6	1,7%	12	3,0%
715	OSTEOARTROSIS	0	1	0	2	0	1	0	0,0%	4	1,0%
719						1	0	1	0,3%	0	0,0%
720		0	1					0	0,0%	1	0,3%
722	TRANST. DISCOS INTERVERT.	6	2	1	3			7	1,9%	5	1,3%
727		0	1	0	1	0	1	0	0,0%	3	0,8%
729		0	1	1	0			1	0,3%	1	0,3%
732						1	1	1	0,3%	1	0,3%
733		1	0	0	2			1	0,3%	2	0,5%
781				1	0	1	0	2	0,6%	0	0,0%
783		1	0					1	0,3%	0	0,0%
800	FRACTURAS	1	0	1	0	0	1	2	0,6%	1	0,3%
831		1	0					1	0,3%	0	0,0%
910	TRAUMAS	1	1					1	0,3%	1	0,3%
TOTALES		199	200	117	139	47	55	363	100,0%	394	100,0%

ANEXO F. ENCUESTA: Historia Clínica

CUADRO MUESTRAS DE MEDICAMENTOS

COD	MEDICAMENTO	LISTA 1		LISTA 2		LISTA 3		LISTA 4		TOTAL			
		H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	%	M.	%
1	VERAPAMILO	20	11	1	3	1	1	1	0	23	7,6%	15	4,6%
2	CAPTOPRIL	27	32	7	9	2	0			36	11,9%	41	12,5%
3	PROPANOLOL	12	11	6	3			0	1	18	5,9%	15	4,6%
4	DILTIAZEN	1	8	3	3	1	2	1	1	6	2,0%	14	4,3%
5	ALFAMETILDOPA	0	1	0	4	0	1			0	0,0%	6	1,8%
6	NIFEDIPINA	8	9	0	2	1	1			9	3,0%	12	3,7%
7	METOPROLOL	2	4							2	0,7%	4	1,2%
8	ALDACTONE	0	1	0	3	0	1	1	0	1	0,3%	5	1,5%
9	PRAZOCIN	5	3	2	1	0	1	1	0	8	2,6%	5	1,5%
10	HIDROCLOROTIAZIDA	0	4	3	0	1	2			4	1,3%	6	1,8%
11	FUROSEMIDA	0	2	0	2	2	1	0	1	2	0,7%	6	1,8%
12	GLIBENCLANMIDA	2	8	1	3	1	0			4	1,3%	11	3,4%
13	INSULINA NPH	2	1	3	2			1	1	6	2,0%	4	1,2%
14	INSULINA CRISTALINA									0	0,0%	0	0,0%
15	RANITIDINA	16	13	1	11	8	2	1	1	26	8,6%	27	8,3%
16	SUCRALFATE	1	1			2	0			3	1,0%	1	0,3%
17	CISAPRIDA	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0,0%	5	1,5%
18	HIDROX. ALUMINIO + ZINC	1	1	4	5	2	0			7	2,3%	6	1,8%
19	METOCLOPRAMIDA			3	3	1	0			4	1,3%	3	0,9%
20	ENZIMAS DIGESTIVAS	0	1	3	0					3	1,0%	1	0,3%
21	SALES DE ORO	2	3							2	0,7%	3	0,9%
22	NAPROXEN	5	2	3	2	0	2	0	1	8	2,6%	7	2,1%
23	DICLOFENAC	4	4	1	2	1	4			6	2,0%	10	3,1%
24	INDOMETACINA	3	1	0	3					3	1,0%	4	1,2%
25	IBUPROFEN	1	6	6	7	1	3	0	3	8	2,6%	19	5,8%
26	GEMFIBROZIL	0	8	3	2	0	2	1	1	4	1,3%	13	4,0%

COD	MEDICAMENTO	LISTA 1		LISTA 2		LISTA 3		LISTA 4		TOTAL			
		H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	%	M.	%
27	BEZAFIBRATO									0	0,0%	0	0,0%
28	COLESTIRAMINA	2	0	1	0					3	1,0%	0	0,0%
29	LOVUSTATINA									0	0,0%	0	0,0%
30	ALLOPURINOL	3	0	1	0	2	2	1	1	7	2,3%	3	0,9%
31	COLCHICINA									0	0,0%	0	0,0%
32	TEOFILINA	3	3	2	0	0	2			5	1,7%	5	1,5%
33	AMINOFILINA	1	1	2	1			1	0	4	1,3%	2	0,6%
34	VENTILAN INHALADOR (SALBUTAMOL)	5	6	4	2	3	1			12	4,0%	9	2,8%
35	SALBUTAMOL (JARABE)			0	1					0	0,0%	1	0,3%
36	ACETILCISTEINA			0	1	1	1	3	0	4	1,3%	2	0,6%
37	BECLOMETASONA (INHALADOR)	4	1	2	2	0	3	2	0	8	2,6%	6	1,8%
38	KETOTIFENO					1	0			1	0,3%	0	0,0%
39	DINITRATO DE ISOSORBIDE	5	3	3	8	4	1	3	0	15	5,0%	12	3,7%
40	NITROGLICERINA (DISCOS)	3	0	1	0					4	1,3%	0	0,0%
41	DIGOXINA			3	4	1	0			4	1,3%	4	1,2%
42	FLUNANIZINA	1	4	0	2	1	1	1	2	3	1,0%	9	2,8%
43	ASA	5	3	12	3	3	8	0	2	20	6,6%	16	4,9%
44	FBT			0	1					0	0,0%	1	0,3%
45	LORAZEPAN (ATIVAN)	1	1			1	0			2	0,7%	1	0,3%
46	TRAZADONE									0	0,0%	0	0,0%
47	BETAMETASONA (CREMA)	1	1			0	1			1	0,3%	2	0,6%
48	ACETATO DE ALUMINIO	2	0	0	3	0	1	2	1	4	1,3%	5	1,5%
49	HIDROXICINA			2	1	2	1			4	1,3%	2	0,6%
50	BENZOATO DE BENCILO	1	0							1	0,3%	0	0,0%
51	OXÍGENO	2	0					0	1	2	0,7%	1	0,3%
52	PROLOID	5	3	1	0					6	2,0%	3	0,9%

TOTALES	156	162	84	100	43	47	20	18	303	100,0%	327	100,0%
----------------	-----	-----	----	-----	----	----	----	----	-----	--------	-----	--------