

REPUBLICA DEL ECUADOR  
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES

DIPLOMADO DE ALTA GERENCIA



TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OPTAR EL  
DIPLOMADO DE ALTA GERENCIA

TEMA:

“LA MEDICINA PREVENTIVA EN ECUADOR,  
CON ÈNFASIS EN EL ANCIANO”

A

AUTOR: HARVEY RIVADENEIRA GALEANO

TUTOR: ECON. MARCO CALDAS

QUITO, JUNIO DEL 2007

BIBLIOTECA - IAEN



012570

## **DEDICATORIA**

Este trabajo dedico de manera especial a mi Esposa, Maria Eugenia y a mis Hijos, por su comprensión en el tiempo dedicado a mis estudios, al entregar confianza, amor y seguridad en mis actividades arias.

## **AGRADECIMIENTO**

Mis sinceras felicitaciones y agradecimiento a las Autoridades y Colaboradores Académicos y Administrativos del Instituto de Altos Estudios Nacionales –IAEN -, por el elevado nivel académico profesional que imparte con responsabilidad y disciplina a sus alumnos en sus cátedras Universitarias, quienes con sus conocimientos de calidad imprimen respetabilidad y desarrollo a favor del País.

Mi reconocimiento personal para el Señor Economista Marco Caldas, por su valiosa amistad por sus conocimientos y capacidad humana en su valiosa guía al desarrollo de la Monografía. Con gratitud.

# INDICE GENERAL

INTRODUCCION.....	8
CAPITULO I	
1. MARCO REFERENCIAL.....	10
1.1 Planteamiento del Problema.....	10
1.2. Formulaciòn del Problema.....	11
1.3. Delimitaciòn del problema a Investigar.....	12
1.4. Justificaciòn e importancia del Tema.....	13
1.5. Objetivos de la Investigaciòn.....	14
1.5.1 Objetivo General.....	14
1.5.2 Objetivos Especificos.....	15
1.6 Metodologia.....	16
CAPITULO II	
2. MARCO TEORICO.....	17
2.1. Aspectos Filosòficos.....	17
2.2. Aspectos Jurídicos.....	18
2.3. Aspectos Psicosociales.....	21
CAPITULO III	
3. La Medicina Preventiva en Ecuador: Anàlisis y Propuestas.....	42
3.1 Situaciòn General de la Medicina Preventiva.....	42
3.2 Aspectos Demogràficos.....	44
3.3 Aspectos de la Medicina Preventiva del Anciano...	50
3.4 La Medicina Preventiva Poblacional.....	61

## CAPITULO IV

4. Consideraciones y propuestas programáticas de la Medicina Preventiva del Anciano.....	64
4.1 Propuesta en cada uno de los subsectores de Medicina Preventiva del Anciano.....	64
4.2 La Medicina Preventiva y Salud Pública.....	66

## CAPITULO V

5 Conclusiones y Recomendaciones.....	71
5.1 Conclusiones.....	71
5.2 Recomendaciones.....	72
Bibliografía.....	75

## RESUMEN EJECUTIVO

La Medicina Preventiva ha constituido el concepto fundamental sobre el cual se han cimentado los Estados modernos. Desde la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en 1789, hasta la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, y las luchas a las epidemias de la segunda mitad del siglo XX, la separación del Estado respecto al fortalecimiento de la salud, ha incumplido con el objetivo central de permitir al ciudadano el ejercicio a su bienestar total.

Pero este logro, base de la democracia actual, no ha sido suficiente para superar profundos desequilibrios que acosan a la humanidad de nuestros días; pues hoy nos vemos abocados a luchar por los derechos llamados de segunda y tercera generación: los derechos económicos, los derechos a un ambiente sano, a la educación, a la salubridad y al uso apropiado del espacio público.

En el Ecuador, los derechos de ciudadanía de hombres y mujeres y de sectores étnicos que habían sido postergados, poco a poco se han ido integrando en el contexto político. Sin embargo, vemos con asombro que las condiciones de salud y de bienestar social, están declinando drásticamente, a tal punto que se atenta contra la justicia y la salud como derechos elementales que permiten formas superiores de convivencia y respeto humano.

Por esta razón, he creído conveniente abordar en este documento temas de Medicina Preventiva, tratando de enmarcarlo históricamente en nuestro país y el mundo, desde varios puntos de vista profesionales y académicos.

Y más preocupado aún por la defensa al anciano en todos los aspectos fundamentales de su vida, para quienes la sociedad los condiciona como seres inservibles y los aísla del convivir nacional, para quienes su identidad total es orgullo de la continuidad en el tiempo y en la construcción de nuestra Patria.

La Medicina Preventiva aplicada en nuestro país, como Política de Estado, generaría un justo reconocimiento para una población con injusticia social. Hombres y mujeres sanos en producción permitiría fortalecer la economía y la dignidad humana de nuestra nación, futuro digno de nuestros hijos.

Acojan este trabajo que se pone a consideración de la sociedad, es la faceta de lo que pensamos y somos al interior de nuestras ideologías, complementado con la formación académica del Instituto de Altos Estudios Nacionales.

Dr. Harvey Rivadeneira Galiano. MD.

**"No corras detrás de la inmortalidad pero agota los límites de lo posible" PÍNDARO**

**"Para alargar la vida lo mejor es no acortarla" REUBNER**

**"El Joven de Hoy es el Anciano del Mañana" HARVEY RIVADENEIRA**

## INTRODUCCION

El resultado de la medicina ha sido siempre curar las enfermedades, restablecer la salud, aliviar los sufrimientos y consolar al enfermo. Estos son los postulados de la medicina curativa o sanadora. Estas tres actividades han tenido diferente representación a lo largo de la historia para ser realmente efectiva en la tarea de curar. La medicina tenía que conocer las causas, los mecanismos de la enfermedad, es decir su etiología y patogenia y su repercusión en el organismo, para conseguir un diagnóstico y de ser posible establecer un tratamiento que combatiera la enfermedad y la hiciera desaparecer. Todo esto ha sido el cometido de la medicina científica que comienza a finales del siglo XVIII, logró un gran desarrollo en el siglo XIX y extraordinaria brillantez y eficacia en el siglo XX.

La medicina aliviadora fue también progresando a medida que lo hacía la medicina científica que descubría y ponía en manos de los médicos procedimientos y armas terapéuticas, que aunque no se conocieran con precisión las causas o los mecanismos de la enfermedad, podían aliviar la condición del enfermo mediante un tratamiento sintomático. La medicina paliativa actual es una expresión extrema de la medicina aliviadora. El enfermo, desconsolado, con ansiedad y preocupación añadidas a su enfermedad, siempre está predispuesto a recibir consuelo, que administrado por el médico es tanto más necesario, a pesar de no contar con un diagnóstico real de su paciente.

La medicina preventiva, cuya evolución es paralela en muchos aspectos a la medicina científica, al conocer los factores de riesgo ambiental se realizaron programas encaminados a eliminar sus orígenes mediante la higiene pública y la fortaleza inmunológica para prevenir enfermedades en el ser humano. La medicina preventiva se concibe con acciones colectivas

y aunque el individuo se beneficie de las medidas generales, es preciso reforzarlas con actuaciones de tipo personal.

El Estado Ecuatoriano no maneja administrativamente una política única de salud, siendo permanente la lucha interna e intestina en el predominio unilateral y atomizador por parte de las Instituciones públicas, privadas, militares y fundaciones queriendo mantener su propia identidad programática e individualista, en un franco deterioro de la salud poblacional.

En este estudio se ha podido establecer que la Medicina Preventiva es una realidad inexistente y despreciablemente mantenida como justificativo programático que no representa una conciencia nacional institucional de Estado. Los programas en salud están dirigidos ampliamente al campo curativo por cuanto sus resultados representan acciones económicas de inversión con propuestas inmediatas que justifican estadísticamente éxitos políticos nacionales e internacionales.

La Medicina Preventiva no se encuentra implementada programáticamente en las Instituciones públicas, privadas o militares del País. Por ello, se realiza una propuesta de canalizar una política de Estado para una efectiva aplicación a nivel nacional por parte de las instituciones que realizan salud en el país. Debiendo insertar además, programas académicos en las Universidades, con estudios regulares en las Facultades de Medicina. Su aplicación fortalece la concepción real de los seres humanos en el concepto a los Derechos Humanos y la Constitución del Ecuador.

# CAPITULO I

## 1. MARCO REFERENCIAL

### 1.1 Planteamiento del Problema

La salud no es simplemente la ausencia de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la Salud como: "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

El pensamiento de salud es un juicio de progreso cultural que comienza a corregirse cuando se pasó de la vida nómada a la vida agrícola e introduce la diferencia el dolor del no dolor y se presta atención a la argumentación entre tener y no tener enfermedad. Es justo diferenciar entre la salud personal en cuyo concepto intervienen muchos factores y la salud colectiva que se asienta principalmente en bases estadísticas y en indicadores explicativos que pueden ser medidos y contados.

La salud es un valor esencialmente personal que puede ser construido, lo mismo que el temperamento del individuo, a partir de los valores sociales, culturales e históricos imperantes en la sociedad en que vive. Schaefer dice que "las definiciones de salud y enfermedad están profundamente condicionadas por las sociedades, las culturas y las épocas". Diego Gracia afirma que la salud no es inicialmente un "hecho" sino un "valor" y carece de sentido desligarlo del sistema de valoración propio de cada sociedad. Y añade "salud no es bienestar sino capacidad de posesión y apropiación del propio cuerpo". La conocida definición de la Organización Mundial de la Salud, establece que "la salud no es sólo ausencias de enfermedad sino un estado de completo bienestar físico, mental y social". Esta definición, aunque utópica, ya que nadie estaría sano si tiene que

alcanzar un completo estado de bienestar, ha tenido la virtud de producir una mentalidad que coloca a la medicina en un mundo mucho más amplio, con elevado compromiso social, obligando a que su actividad se declare en amplios programas que tienen por objeto combatir la enfermedad y promover la salud de forma conjunta.

La salud colectiva es la expresión de la suma de los estados de salud y enfermedad de los individuos que forman una sociedad. Los agentes que estructuran una sociedad y que influyen en la vida de cada uno de sus miembros son también expresión de la salud de esa sociedad en función de su valor específico y de la influencia que ejerce sobre cada persona. La salud de la sociedad es el núcleo de la Sanidad moderna que se ha transformado en el gran espacio público de la vida en los países desarrollados.

## **1.2 Formulaciòn del Problema**

La ausencia de medicina preventiva general y en particular del anciano, hacen que se presenten con frecuencia patologías crónicas que condicionan incapacidad funcional: Ictus con secuelas, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca hace menos de seis meses, enfermedad de Parkinson, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, patología osteoarticular degenerativa, caídas, déficit visual severo, hipoacusia severa. Más reducida y quizás más operativa de aplicación en atención primaria sea el concepto de Anciano de Alto Riesgo (AAR), que no es más que un subgrupo de "anciano frágil": Alta hospitalaria reciente, enfermedad incapacitante, deterioro mental. Anciano institucionalizado, Vivir solo o ser viudo de menos de un año, Cambio de domicilio reciente<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Ruipérez Cantera I, Jiménez-Jiménez MP, Hornillos Calvo M, Sepúlveda Moya D. Asistencia sanitaria a las personas mayores. Criterios de selección y definición. Nuevas tendencias. Medicine. 1995; 6(87):3838-3844.

Hay que consentir que los inconvenientes de los ancianos son más complejos e imprecisos que en el joven y que un mismo problema puede ingresar, debido a sus especiales connotaciones en varios intercales. Se caracteriza por su relación con otros problemas no siempre sanitarios por lo que su atención es de responsabilidad multidisciplinaria.

Dentro del campo de medicina preventiva, el medico debe escuchar y cuidar de sus pacientes respetando su autonomía, independencia y sistema de valores, sólo entonces puede colaborar con el paciente en la promoción de su salud, mantenimiento y cuidados preventivos. La intervención debe ser individualizada y respetando las características de cada paciente<sup>2</sup>

La Medicina Preventiva es una realidad inexistente y despreciablemente mantenida como justificativo programático que no representa una conciencia nacional institucional de Estado. Los programas en salud están dirigidos ampliamente al campo curativo por cuanto sus resultados representan acciones económicas de inversión con propuestas inmediatas que justifican estadísticamente éxitos políticos nacionales e internacionales.

### **1.3 Delimitación del Problema a investigar**

La Medicina Preventiva, especialmente hospitalaria, es parte imprescindible del problema, debiendo confeccionar promover, ejecutar y evaluar todas las actividades epidemiológicas, de programación, prevención y promoción en el hospital. Así como participar en la formación continua de los profesionales que desarrollan su función en el hospital, en técnicas de prevención y promoción de salud. Contribuir en los programas de control de calidad y de adecuación de la actividad sanitaria.

---

<sup>2</sup> Galeano Arboleya R y cols. Estudio de la incidencia de deterioro funcional secundario a la hospitalización del anciano. Rev. Esp Geriatr Gerontol 1997; 2:69-73.

Nos hemos propuesto investigar la formación en Medicina Preventiva y Salud Pública en aquellas instituciones públicas y privadas con función docente e investigadora del país, para realizar una propuesta tendiente a que efectivamente se haga medicina preventiva en el Ecuador.

Para lo cual, se planteó realizar la investigación delimitando lo siguiente:

*Factor temporal.* En un inicio se investiga la población desde la década del 50 para luego concretar en los últimos diez años.

*Factor espacial.* El estudio se lo ha realizado a nivel nacional, al no existir estadísticas actualizadas por provincias o ciudades.

*Factor Clasificación.* El tema está enfocado fundamentalmente a la población anciana que requiere urgentemente la prevención de su salud..

#### **1.4 Justificación e importancia del tema**

El Estado Ecuatoriano no maneja administrativamente una política única de salud, siendo permanente la lucha interna e intestina al predominio unilateral y atomizador por parte de las instituciones públicas, privadas y militares, por mantener su propia identidad programática e individualista, en un franco deterioro a la razón social en salud poblacional.

La Medicina Preventiva Poblacional, es una respuesta inmediata para ser aplicada en Ecuador, siendo su consentimiento una Política de Estado emergente, de ejecutar con Programas Nacionales que beneficien directamente a la población. Una educación global en salud fortalecida con una sustentación y aplicación programática, concretaran resultados beneficiosos en producción individual, colectiva y general a la población.

Es importante concientizar a la población que la utilización indiscriminada de fármacos no representa el mejoramiento de salud individual o colectiva. La Medicina Preventiva perfectamente planificada y educada al ser humano, permitirá la disminución drástica de fármacos, derrotando el consumismo agresivo por parte de la población, mejorando el estándar de vida a largo plazo. El presente estudio se enfoca específicamente al cuidado del anciano, siendo una parte pequeña de la población nacional, pero muy grande en sustentación social, por su aporte cultural, económico y valores patrios de fortaleza nacional.

## 1.5 Objetivos de la investigación

### 1.5.1 Objetivo general

- Analizar la situación de la medicina preventiva en el Ecuador y plantear soluciones a llevarse a efecto en el corto, mediano y largo plazo.
  
- La Medicina Preventiva y Salud Pública como especialidad médica: "Es la ciencia y la práctica del fomento, elaboración y aplicación de políticas de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad tanto para reducir la probabilidad de su aparición como para impedir o controlar su progresión, así como de la vigilancia de la salud de la población, de la identificación de sus necesidades sanitarias y de la planificación y evaluación de los servicios de salud". **Los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública deben liderar el esfuerzo organizado de la sociedad**, el sistema de salud y las instituciones asistenciales, para fomentar y mejorar la salud, así como promover la equidad y eficiencia del sistema sanitario.

### 1.5.2 Objetivos específicos

Se deben desarrollar entre otras, las siguientes acciones:

- Conocer las principales fuentes de datos y sistemas de información de interés epidemiológico, sus ventajas y limitaciones.
- Valorar la importancia de los indicadores demográficos y sanitarios en el campo de la salud pública.
- Establecer las características epidemiológicas y los distintos indicadores de frecuencia de las enfermedades y la necesidad de garantizar su compatibilidad.
- Valorar las principales medidas de significación estadística, magnitud y precisión entre variables de exposición y problemas de salud.
- Planificar y evaluar las actividades de los servicios de salud.
- Analizar objetivamente la literatura médica científica.
- Analizar la información de morbilidad que requiera la utilización de datos secundarios obtenidos de fuentes de declaración obligatoria.
- Conocer las características estructurales de organización y funcionales del medio hospitalario.
- Comprender los conceptos de promoción y educación de la salud

- Observar la estructura general del medio ambiente y sus interrelaciones con el hombre.

## **1.6 Metodología**

El método que se ha seguido en la investigación es el deductivo, se analizan conceptos, teorías, herramientas, experiencias nacionales y extranjeras, se va de lo general a lo particular. La razón por la que se optó por este método es que en la actualidad existen diversas teorías y herramientas de las cuales seleccionaremos las más recomendables.

## CAPITULO II

### 2 MARCO TEORICO

#### 2.1 Aspecto filosófico

La historia de la medicina en especial ha estado influida por el enfrentamiento dialéctico entre *mecanicismo* y *vitalismo*, es decir, entre la reducción de los seres vivos a máquinas físico-químicas muy complejas y la afirmación de que su capacidad de vivir reside en *fuerzas* o *principios vitales* con cualidades diferentes. Las ideas médicas han alternado también entre épocas en las que predominaba Esculapio: la enfermedad, el tratamiento, la terapia; y las que el predominio ha correspondido a Hygeia: la salud, la prevención y la educación para la salud.

La enfermedad es cualquier trastorno anormal del cuerpo o de la mente que provoca malestar y alteración de las funciones normales. Las enfermedades son identidades creadas por el hombre, en su afán de clasificar el conocimiento, en la que se agrupan una serie de componentes que la definen y que se debe distinguir de los síndromes y los síntomas, denominadas erróneamente como enfermedades, como es el caso en psiquiatría.<sup>3</sup>

La salud pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, prevenir y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad. La salud pública es responsabilidad de los gobiernos, a quienes corresponde la organización de todas las actividades comunitarias que directa o indirectamente contribuyen a la salud de la población. La salud pública obtiene los conocimientos de

---

<sup>3</sup> Garcia Peas JM, Martin Martin F. Medicina Preventiva. En: Martin Martin F. Medicina interna en el paciente geriátrico. Madrid: Edita Saned SA, 1989; I: 72-89.

prácticamente todas las ciencias, siendo su actividad multidisciplinaria y eminentemente social, cuyo objetivo es la salud de la población<sup>4</sup>.

## **2.2 Aspecto Jurídico**

En el Registro Oficial No. 670 de 25 de septiembre del año 2002, se expide oficialmente la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud; manifestando en el "Capítulo I",

### *DEFINICIÓN, ÁMBITO DE APLICACIÓN, FINALIDAD, PRINCIPIOS Y OBJETIVOS*

*Art. 1.- Objeto y Ámbito de la Ley.- La presente Ley tiene por objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que regirá en todo el territorio nacional.*

*Art. 2.- Finalidad y Constitución del Sistema.- El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionamiento sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.*

*Art. 3.- Objetivos.- El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos*

*1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.*

---

<sup>4</sup> Carbonell Collar. Actuación preventiva desde un servicio de geriatría. Rev. Esp Geriatr Gerontol 1987; 5:293-300.

2. *Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.*

3. *Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.*

4. *Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.*

5. *Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.*

Art. 4.- *Principios.- El Sistema Nacional de Salud, se regirá por los siguientes principios.*

1. *Equidad.- Garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional.*

2. *Calidad.- Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.*

3. *Eficiencia.- Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada.*

4. *Participación.- Promover que el ejercicio ciudadano contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de salud.*

5. *Pluralidad.- Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciar su interrelación con una visión pluricultural.*

6. *Solidaridad.- Satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable, con el esfuerzo y cooperación de la sociedad en su conjunto.*

7. *Universalidad.- Extender la cobertura de los beneficios del Sistema, a toda la población en el territorio nacional.*

8. *Descentralización.- Cumplir los mandatos constitucionales que consagren el sistema descentralizado del país.*

9. *Autonomía.- Acatar la que corresponda a las autonomías de las instituciones que forman el Sistema.*

## *Capítulo II de la Ley*

#### DEL PLAN INTEGRAL DE SALUD

*Art. 5.- Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, el Sistema Nacional de Salud implementará el Plan Integral de Salud, el mismo que garantizado por el Estado, como estrategia de Protección Social en Salud, será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población, por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural.*

*Este plan contemplará:*

- 1. Un conjunto de prestaciones personales de prevención, detección, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de la salud. Este incluye la provisión de los servicios y de los medicamentos e insumos necesarios en los diferentes niveles de complejidad del Sistema, para resolver problemas de salud de la población conforme al perfil epidemiológico nacional, regional y local.*
- 2. Acciones de prevención y control de los riesgos y daños a la salud colectiva, especialmente relacionados con el ambiente natural y social.*
- 3. Acciones de promoción de la salud, destinadas a mantener y desarrollar condiciones y estilos de vida saludables, individuales y colectivas y que son de índole intersectorial.”*

#### **Conclusiones sobre la Ley**

La Ley contempla diferentes acciones aisladas que permitirían fortalecer los programas nacionales sobre medicina preventiva en el País. Por ser un área sumamente vulnerable al Estado Ecuatoriano y a los estamentos de salud del País, me permito respetuosamente adentrarme en el mundo de la Medicina Preventiva en el Anciano.

## 2.3 Aspecto Psicosocial

### ▪ Medicina Preventiva en el Anciano

Las medidas de carácter sanitario no son suficientes para la consecución de una medicina preventiva eficaz, son necesarias leyes de carácter social, político y económico. Las personas mayores no tienen un especial conocimiento de lo que es lo mejor para ellos, se precisa la preparación de programas de formación e información, incluidos ó no en los cursos de preparación a la jubilación y vida futura con dignidad.

El derecho a conocer crea la correspondiente responsabilidad de ofrecer la información, en este caso: educación sanitaria<sup>5</sup>

En la medicina preventiva no debe puntualizarse solo con la tasa de mortalidad infantil ó la esperanza de vida, por cuanto no tienen explicación por sí solos para indicar el grado de salud. Aunque el concepto de "años de vida saludable" es el objetivo último de la medicina preventiva en el anciano. Se está discutiendo al momento de "expectativa de vida ajustada por calidad".

El concepto de calidad nace como reacción antropológica a la anterior concepción de la vida como cantidad, en un principio se equiparó con "nivel de vida", en la actualidad ha evolucionado una configuración psicosocial en la que los aspectos concernientes del bienestar, o sea la satisfacción personal con la vida adquiere importancia exclusiva. La calidad de vida incluye las dimensiones de salud física, estado psicológico, nivel de independencia, las relaciones sociales y con el entorno. La calidad de vida es una afirmación multidimensional que

---

<sup>5</sup> Gleich GS. Health maintenance and prevention in the elderly. *Prevention in practice. Primary Care.* 1995; 22(4):697-711.

incluye el conocimiento subjetivo del individuo sobre éstos y otros aspectos de la vida. No solo se trata de algo subjetivo, de un sentimiento o experiencia personal con relación a salud sino conectada con otros aspectos no médicos: los ingresos económicos, las relaciones familiares, la libertad, el empleo y otras circunstancias de la vida entre las que es imprescindible incluir los derechos humanos<sup>6</sup>.

Lo fundamental no es sólo vivir más años, sino vivir una vida que consiga la pena ser vivida, con capacidad para realizar las cosas que uno quiere, cumpliendo debidamente y disfrutando de sus facetas individuales, familiares y sociales. El "envejecimiento con éxito", concibiéndose por alcanzar edades avanzadas con parámetros biológicos aceptados para cada tiempo de vida y guardando intacta una gratificante relación funcional, mental y social con el medio, con un sentimiento de bienestar tanto físico como psíquico y a sensación de buena salud a pesar de la existencia de una o varias enfermedades tratadas o bloqueadas en su evolución.

Aquellos que hacen deporte o tienen una actividad física se encuentran mejor que aquellos que no la hacen y mantienen buenos niveles de marcha y equilibrio. La mayoría de los que se encuentran bien, tienen una afición que los mantiene físicamente activos<sup>7</sup>.

Conservan un control sobre su vida a pesar de su edad, haciendo planes precisos para el futuro y teniendo un buen nivel de autonomía. Poseer una actitud positiva frente a la vida con optimismo. La ausencia de depresión se armoniza con el envejecimiento satisfactorio. Interesarse por los asuntos públicos y participar socialmente (voluntariado). El encontrarse

---

<sup>6</sup> Williamson J. Aspectos preventivos de la medicina geriátrica. En: Pathy MSJ. Principios y práctica de la medicina geriátrica. Madrid: Ediciones CEA, 1988; 157-165.

<sup>7</sup> Carter TL. Cambios en la visión relacionados con el envejecimiento. Modern Geriatrics. 1995; 7(3):87-92.

casado no se ha correlacionado estadísticamente con el envejecimiento exitoso. El nivel sociocultural del anciano, promedialmente, es superior a la media nacional. Mantener un equilibrio ponderal es agradable, creando como respuesta progresiva el fumar y beber disminuyen considerablemente, teniendo la presión arterial normal y son propensos a menos patologías crónicas en relación a otras personas mayores.

La mejor manera de encontrarse bien en la ancianidad, es no sentirse viejo.

*Causas de Mortalidad.*- La disminución de la mortalidad en la población anciana conduce al aumento de la expresión de trastornos que se observaban de forma particular como la demencia, el fracaso multiorgánico y la reaparición de enfermedades infecciosas al aminorarse los componentes homeostáticos de sostenimiento. Es importante arremeter rápidamente los orígenes de los trastornos asociados a la edad, intentando enlentecer la tasa de aparición de los trastornos que causan discapacidades importantes en los ancianos<sup>8</sup>

Las enfermedades geriátricas más frecuentes en el anciano son las siguientes: Hipertensión arterial, accidente cerebro vascular crónica, bronconeumopatía crónica, poli artrosis, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica. Diabetes, demencia senil, accidente cerebro vascular agudo ACVA, depresión, reumatismo inflamatorio.

Pero las enfermedades más incapacitantes no llevan este orden, siendo estas las siguientes: poliartrrosis, demencia senil, accidente cerebro vascular crónico, bronconeumopatía crónica ACVA, insuficiencia cardíaca, parkinson, reumatismo inflamatorio, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y tumores.

---

<sup>8</sup> Oishansky SJ. Expectativa de vida: \_estamos alcanzando el límite? Modern Geriatrics.1993; 5(7):264-267.

La importancia de incapacitantes en estas enfermedades viene influida por el sexo, estado de salud y por el tipo de enfermedad.

Las propuestas, en general son para todas las personas mayores, es factible hacer una selección de pacientes de alto riesgo. Estamos hablando del "anciano frágil", mayor de 80 años, que vive solo, con viudez menor de un año y cambio de domicilio menor de un año.

- **Nivel Primario de Prevención.**

Es una actuación anterior al proceso general, con el objetivo de imposibilitar la aparición y el desarrollo de las enfermedades. Los procesos se pueden abreviar en el fomento y promoción de la salud mediante la generalización de hábitos saludables y la lucha frente a los factores de riesgo, parte de la formación del personal en los diferentes aspectos que se incluyen en el nivel primario de prevención y en la protección específica relacionándose ésta de las medidas aplicadas mediante el uso de fármacos (quimioprofilaxis) ó de sustancias que en contacto con el organismo aumentan sus defensas frente a alguna enfermedad, se puede aplicar el nivel primario de prevención.

*Alimentación.*- Los cambios producidos por el envejecimiento de la persona hacen deseable una dieta pobre en grasas y azúcares refinados, rica en calcio, fibra, vitaminas (A, E y C) e hidratos de carbono complejos. Los líquidos deben ser abundantes. Se puede acompañar de suplementos de vitaminas y oligoelementos aunque no hay evidencia que los suplementos vitamínicos beneficien la salud de los ancianos que

consuman dietas equilibradas. Abandono de hábitos tóxicos (alcohol, tabaco<sup>9</sup>).

*Alcohol.-* La ingesta de alcohol en el anciano disminuye de forma fisiológica el agua corporal total. El alcohol es hidrosoluble, disminuye su volumen de distribución por lo que aumenta su concentración, dosis equivalentes de alcohol provocan concentraciones séricas más altas en el anciano. El SNC del anciano es más sensible incluso a dosis bajas. El alcoholismo en el anciano puede adquirir una "forma atípica de presentación": desnutrición, trastornos del comportamiento, depresión, demencia, incontinencia urinaria, diarrea, deterioro funcional ó descuido de la higiene personal<sup>10</sup>.

Alrededor del 30% de los alcohólicos ancianos comienza a serlo a partir de los 60 años. El consumo moderado de alcohol en el anciano no está contraindicado, pero es preciso tener especialmente en cuenta la pluripatología y la poli medicación que podrían contribuir a su prohibición.

*Tabaco.-* La salud puede beneficiarse con el abandono del hábito de fumar. El riesgo de muerte disminuye a los 1-2 años después de dejar de fumar. El riesgo de enfermedad coronaria y muerte de origen cardiaco se reduce al año de dejar de fumar de forma marcada. El riesgo de canceres disminuye de forma significativa a los 5-10 años de dejarlo. El riesgo de muerte por broncopatía disminuye a los 10-15 años de abstinencia en hombres y entre 5-10 años en mujeres. Su abandono mejora la sintomatología, las pruebas funcionales respiratorias y el riesgo de

---

<sup>9</sup> Johnson K, Kligman EW. Nutrición preventiva. La dieta "óptima" para el anciano sano. *Modern Geriatrics*. 1993; 5(2):70-73.

<sup>10</sup> Dufour MC, Archer L, Gordis E. Alcohol and the elderly. En: Omenn GS. *Health promotion and disease prevention*. Philadelphia: WB Saunders, 1992; 1:127-141. *Clinics in Geriatric Medicine*; vol 8.

neumonías y gripe. Dejar de fumar descende el riesgo de osteoporosis y por tanto de fractura de cadera<sup>11</sup>.

Fumar trae asociado el desarrollo y progresión de enfermedades crónicas, disminución de la movilidad y deterioro de la situación física. El consumo de tabaco perjudica seriamente el organismo del anciano y es preceptiva la orientación de prohibición absoluta.

*Higiene personal y cuidado de la piel.*- La higiene diaria no varía de jóvenes a mayores. Tomar en cuenta las diferencias en la piel del anciano, invitando a un baño a temperatura adecuada, una ó dos veces por semana y de 5-15´ de duración. Jabón de uso personal es graso, neutro de lanolina. Secado debe ser meticuloso y con toalla áspera, para acabar con una crema oleosa por cuanto la piel con la edad se vuelve seca y quebradiza.

*Cuidados de los pies.*- Por las dificultades en su cuidado hay problemas en la marcha por falta de un adecuado cuidado. El corte de uñas se realizará después del baño y el corte será recto para evitar el enclavamiento de la uña en los bordes. En las mujeres se debe evitar los tacones por encima de 3-4 cm, el zapato no debe estar ajustado, debe ser de piel debido a que el pie transpira mejor, de puntera redondeada, con buen contrafuerte y sujeto de empeine con cordones.

*Cuidados de prótesis.*- Deben incluir los cuidados de prótesis bucal que debe cepillarse después de cada comida y al acostarse, depositándola en ése momento en agua con algún líquido antiséptico. El cuidado de lentes incluye el lavado diario con agua y jabón utilizando para su secado un pañuelo de papel. El cuidado del audífono retro auricular debe incluir la

---

<sup>11</sup> Lacroix AZ, Omenn GS. Older adults and smoking. En Omenn GS. Health promotion and disease prevention. Philadelphia: WB Saunders, 1992; 1:69-87. Clinics in Geriatric Medicine; vol 8.

limpieza semanal del molde u oliva con un alfiler ó aguja eliminando cuidadosamente la cera acumulada. Existen otros diferentes tipos de prótesis pero sólo se ha pretendido abordar las más comunes<sup>12</sup>.

*Higiene sexual.*- Es totalmente natural que una persona mayor tenga intereses y necesidades sexuales y esto debe ser aceptado por él mismo y por la sociedad superando los problemas educacionales y represivos culturales. La frecuencia de relaciones viene condicionada por las enfermedades crónicas e incapacitantes y pérdida de pareja. La suspensión de contactos no es nada recomendable pues la reanudación suele ser lenta y muy dificultosa. Las enfermedades y el uso de algunos fármacos pueden interferir de forma negativa en la sexualidad. La falta de intimidad es uno de los derechos más vulnerados en estos establecimientos<sup>13</sup>.

*Programación de ejercicio físico.*- El Ejercicio físico mejora la nutrición y aprovechamiento de principios inmediatos, mejora la coordinación, la movilidad, el aparato cardiovascular, aumenta la masa muscular y ósea además de mejorar las perspectivas mentales. También se ha comprobado que reduce el riesgo cardiovascular, la masa grasa corporal, mejora el perfil de lípidos, reduce tal tensión arterial, mejora la inmunidad y maximiza la función residual. Excede en un mantenimiento de la validez para funciones de vida diaria. La práctica regular de un ejercicio ayuda a evitar la muerte prematura a edades medias o algo avanzadas pero no aumenta el porcentaje de supervivencia de las personas ancianas. Una persona sedentaria media se enfrenta a unos 10 años de dependencia parcial y a un último año de vida en dependencia total. Las mejoras con

---

<sup>12</sup> Arriola Manchola E, González Larreina R, Olazabal Martínez T. Orientaciones sanitarias para personas mayores. San Sebastián: Ediciones de la Fundación Cultural "Caja de Guipuzcoa", 1988.

<sup>13</sup> Thienhaus OJ. Revisión Práctica de la función sexual en la tercera edad. *Modern Geriatrics*(Ed Española) 1991; 1:25-28.

ejercicio físico programado se obtienen hasta edades muy avanzadas (Edad media 87años. Rango, 72 a 98 años)<sup>14</sup>.

*Contraindicaciones absolutas al ejercicio físico.-* Cuando se realiza el ejercicio físico, en el anciano sin ninguna programación y vigilancia médica, es frecuente el producir procesos infecciosos ó inflamatorios agudos (temporales), procesos tumorales malignos, patología crónica muy evolucionada e invalidante (insuficiencia cardiaca, respiratoria, hepática, renal...), insuficiencia coronaria grave (afectación de los tres vasos), angina de pecho, infarto de miocardio de menos de tres meses de evolución, cor pulmonale crónico, hipoxia al ejercicio, aneurisma ventricular o aórtico, arritmias (extrasístole ventricular que aumenta con el ejercicio físico, bloqueo de 2º o 3º grado, enfermedad de Wolff-Parkinson-White, flutter o fibrilación auricular no controlada), alteraciones metabólicas no controladas (diabetes, hipertiroidismo, insuficiencia suprarrenal), embolismos pulmonares o sistémicos recientes, hipertensión arterial no controlada, hernias abdominales grandes y alteraciones del equilibrio

*Contraindicaciones relativas al ejercicio físico.-* En casos de enfermedades vasculares compensadas, arritmias que no empeoran con el ejercicio, asma inducido por el ejercicio, bloqueo completo de rama izquierda, marcapasos endocavitario, varices graves con historia previa de tromboflebitis, anemia con menos de 7 gramos de hemoglobina, alteraciones neuromusculares o artritis u osteítis deformante, isquemia cerebral transitoria reciente, obesidad severa, toma de betabloqueantes.

*Entrenamiento y promoción de funciones intelectuales.-* Este procedimiento es sumamente importante en la vida del anciano, por cuanto le permite el mantenimiento funcional y físico de sus actividades

---

<sup>14</sup> Shephard RJ. Ejercicio, envejecimiento y autonomía. Modern Geriatrics. 1993; 5(9):336-339.

diarias, manteniendo el deterioro producido por el desuso y los efectos propios del envejecimiento<sup>15</sup>.

*Sembrar el nivel cultural.*- Impulsando la lectura de libros y periódicos, el seguimiento de programas de radio y televisión cuando haya debates de interés ó actualidad, la participación en actividades musicales, acudir a museos y exposiciones de pintura. Mediante charlas, debates, situaciones figuradas provocadas y programadas de forma que además de ocupar el ocio busquen el mantenimiento de funciones psíquicas. La ocupación del ocio en hobbies ó aficiones por ejemplo: sellos, monedas, hojas de arboles, bricolaje, maquetismo que le ayudarán a mantener su destreza mental, artística y manual. Los juegos de grupo estimulan la memoria, la deducción y la perspectiva. Es importante mantenerse activo y organizado en política para que las ofertas electorales de los partidos sean mejores y además constituir un grupo de presión eficaz<sup>16</sup>.

*Promoción de integración social.* – El temor de los ancianos se encuentra fundamentado en su aislamiento, debiendo evitar la soledad y la incomunicación. Cuan importante en el anciano es evitar el sedentarismo asociado a la inmovilidad, provocando como respuesta empeoramiento de la situación muscular y articular con el consiguiente aumento de inseguridad a la deambulación.

*Evitar situaciones de estrés.* El anciano tiene mermada su capacidad de homeostasis en su relación con el medio, tanto externo como interno. No cabe duda que el medio externo influye en el medio interno tanto positiva como negativamente. Evitar cambios de ubicación. Evitar ruido ambiental excesivo. Prevención de accidentes y caídas. Programación de

---

<sup>15</sup> Florez Lozano JA. Papel del ejercicio físico en el anciano. JANO.1997; 1203:58-63.

<sup>16</sup> Marcos Becerro JF. Los problemas del envejecimiento. La actividad física como solución a algunos de ellos-II-III.Tribuna Médica 1983; 973(30-32) ,974 (16-18) ,975(37-39).

actividades: Un alto nivel de actividad reporta pensamientos positivos y se relaciona directa y positivamente con una buena salud<sup>17</sup>.

*Prevención de hipotermia.*- Se recomienda no disminuir de 20°C la temperatura ambiental en los hogares de los ancianos. Es obligatorio informar a los pacientes ancianos de los efectos secundarios de los fármacos. El médico al prescribir debe tener en cuenta que hay características en el anciano que pueden modificar la farmacocinética de los principios activos. El anciano presenta un aumento de sensibilidad para fármacos que actúan en la esfera psíquica (ansiolítica, antidepresiva y neuroléptica). El médico debe explicar al paciente en los casos que sea posible de forma clara el esquema terapéutico, sus efectos secundarios y establecer un plan de seguimiento continuado de la terapia para su control y estimular su cumplimiento, detectar precozmente mediante interrogatorio los efectos secundarios más frecuentes y la tolerancia al producto<sup>18</sup>.

*Protección específica.*- Esta consiste en las medidas aplicadas mediante el uso de fármacos (quimioprofilaxis) ó de sustancias que en contacto con el organismo aumentan sus defensas frente a alguna enfermedad. Como sería el caso a la prevención del infarto agudo de miocardio y del accidente cerebrovascular, al tomar dosis controladas de aspirina (Acido Acetil Salicílico). En el campo odontológico es necesario para una adecuada alimentación y digestión la prevención de caries y placas periodontales.

*Prevención de accidentes de tráfico.*- Las infracciones más frecuentes en los mayores, tiene relación al no prestar atención a las señales de tráfico,

---

<sup>17</sup> Fernández Ballesteros R, Souto Díez E, González Sánchez LC, Izal Fernández MU, Díaz Deiga P. Indicadores de salud en ancianos institucionalizados. Rev. Esp Geriatr Gerontol 1986; 2:113-117.

<sup>18</sup> Robbins AS. Protección del anciano frente a la hipotermia y el golpe de calor. Modern Geriatrics (Ed. Española) 1989; 9:324-328.

efectuar giros incorrectos, no seguir la línea recta en la carretera y no guardar la distancia de seguridad. Falta de concentración a las señales de tránsito sean éstos visuales o auditivos<sup>19</sup>.

*Función Visual.*- Hay que insistir en el control oftalmológico exhaustivo de la función visual, pues es conocido el deterioro progresivo en relación con la edad del anciano. Creando alteraciones en la agudeza visual estática, cinética, alterando la percepción de movimientos, de contrastes de luz y alteraciones en el campo visual<sup>20</sup>.

La Organización Mundial para la Salud (OMS), considera de alto riesgo los siguientes productos farmacéuticos de uso humano y en particular para el anciano y éstos son: ansiolíticos- antidepresivos, hipnóticos, antihistamínicos, analgésicos, estimulantes, antiepilépticos y antihipertensivos. Estos productos son los causantes predisponentes a obtener peor salud en estas personas, provocando mayores grados de invalidez y mortalidad, además de mayor dificultad de recuperación cuando hay complicaciones.

*Prevención de deterioro cognitivo.*- El deterioro cognitivo fisiológico en sujetos con buena salud es mínimo, sobre todo antes de los 70 años. Salvo para funciones psicológicas muy concretas como la memoria de fijación ó la rapidez con que se realizan determinados actos psicofísicos.

*Prevención de la demencia vascular.*- Una vez que se ha desarrollado la demencia en la persona anciana, la eficacia en las medidas preventivas que se realizaran es casi nula. La intervención debe darse oportunamente en cerebros de riesgo y no cuando es ya tarde.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Izquierdo J, Rodes G. Accidentes de tráfico. Factores de riesgo. *Jano*, 1.992; 1.026:75-83

<sup>20</sup> Wiseman EJ, Souder E. Cómo evaluar al conductor anciano. *Modern Geriatrics* 1997; 4:95-99

<sup>21</sup> Stiner TJ. Factores de riesgo de las enfermedades cerebro vasculares en los ancianos. *European Journal of Gerontology*. Suplemento-Marzo.1992:7-12.

*Prevención de fenómenos degenerativos articulares.-* Los fenómenos degenerativos articulares en el anciano constituyen la primera causa de incapacidad en las funciones de vida diaria.

*Prevención de la malnutrición en el anciano.-* En general y en particular en el anciano la malnutrición empeora el pronóstico de vida, aumenta el riesgo de complicaciones en caso de enfermedad, acelera la formación de úlceras por decúbito al estar sentado o encamado, compromete la función inmunitaria siendo un ser de fácil complicaciones bacterianas o virales y como consecuencia directa aumenta el riesgo de infecciones, alargando los períodos de recuperación y en consecuencia pérdida de la independencia.

*Prevención de la enfermedad de Alzheimer.* La enfermedad de Alzheimer se presenta en ancianos sin límite de edad, con serias complicaciones en todos los aspectos funcionales, de pensamiento y equilibrio. Es una patología con graves repercusiones sociales y económicas para los estamentos de salud pública.

#### ▪ **Nivel Secundario de Prevención**

El objetivo único del nivel secundario de prevención es la detección precoz de la enfermedad, generalmente en una fase en la que la patología es todavía reversible.

Dentro de la medicina preventiva de la parte más trascendental a desarrollar por el médico y el resto del personal sanitario, debido a la inespecificidad de la presentación de la enfermedad en el anciano. Inespecificidad que aumenta con el envejecimiento del envejecimiento.

En los países occidentales una mujer de 70 años tiene una expectativa media de vida de 15 años y un hombre de 70 años puede vivir entre 8-10 años más. El diagnóstico precoz es tan importante en los grupos de edad avanzada como en los más jóvenes, sobre todo en los más frecuentes casos de cáncer predominantes en la región. La edad cronológica no debe ser utilizada para excluir a estos pacientes de los programas de diagnóstico precoz, proyectos de cribaje ó ensayos terapéuticos contra el cáncer. Hay que ofrecer a los pacientes ancianos la totalidad de las medidas terapéuticas y ayudarles bajo conocimiento a que ellos mismos tomen sus propias decisiones, si eso es posible<sup>22</sup>.

Al realizar pruebas de cribaje tenemos que considerar la capacidad del paciente a tolerar el tratamiento del cáncer, la aceptabilidad del paciente y la esperanza de vida. Los criterios terapéuticos adecuados para los pacientes más jóvenes pueden no ser aconsejables ó tolerados en el anciano. De lo que se deduce que es preciso confeccionar protocolos más específicos y actualizarlos cada año para ser utilizados en ancianos, en el caso de que los elaborados sean mal tolerados por los mismos<sup>23</sup>.

No es cierto que el cáncer sea una enfermedad más indolente en el anciano. Casi sin excepción, el comportamiento de los cánceres habituales no es ni más ni menos agresivo en estos pacientes que en los pacientes más jóvenes. La enfermedad es la misma, aunque el huésped puede ser diferente.

*Población anciana en situación de riesgo.*- Es una característica que debe tomarse en cuenta en personas ancianos con pluripatología, en ancianos con incapacidad, en ancianos con situación de aislamiento social, además que se encuentre con antecedentes de depresivos y/o acompañado de

---

<sup>22</sup> Tirelli M, Adpro M, Obrist R, Festen J, Schneider M, Fentiman I, Monfardini S. Tratamiento del cáncer y ancianidad. Lancet (Ed. Española) 1991; 19:370-371.

<sup>23</sup> Fentiman IS, Tirelli J, Monfardini M, Schneider M, Festen J, Cognetti F, Adpro MS. El cáncer en el anciano: ¿Porqué está tan mal tratado? Lancet (Ed. Española) 1990; 17; 181-183.

alcoholismo crónico como consecuencia de mala situación económica. Cuando se produce un alta reciente de un hospital o aquellos que han cambiado recientemente de vivienda.

*Otras connotaciones y riesgos.-* Respeto al principio de autonomía del anciano, tomando en cuenta las decisiones verbales o escritas del paciente, debiendo ser tenidas en cuenta y respetadas siempre que hayan sido expresadas en posesión de plenas facultades mentales. Los ancianos son dueños del "resto de sus vidas" sea mucha o poca la cantidad, es toda la vida que les queda. Detección precoz de los abusos y/o malos tratos o negligencia y/o abandono en el anciano por parte de los familiares o de las personas cuidadoras. Se asume que entre un 2,5 y un 3,9 de los ancianos son maltratados en el seno de la familia, siendo los varones los que más sufren de maltrato.

Podríamos hablar de "abandono activo" cuando hay intencionalidad y "abandono pasivo" cuando hay incapacidad de atención por parte del cuidador, sin brindar los servicios elementales y esenciales para el cuidado del anciano. En la actualidad se habla más de "cuidado inadecuado del anciano" sea cual sea el mecanismo, pues el resultado final es que el anciano no recibe los cuidados que requiere para conservar salud física o emocional óptima<sup>24</sup>.

*Factores de riesgo en el anciano.-* Se hallan presentes en el deterioro cognitivo, en deterioro funcional, también en el aislamiento social. Hay que tomar especial cuidado cuando se presentan problemas psíquicos en el cuidador y un ambiente familiar perturbado por otras causas externas. La fragilidad emocional y dependencia excesiva de otras personas son motivos suficientes para poner en riesgo al anciano. No hay que olvidar al

---

<sup>24</sup> Peiró Moreno S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. Med Clin. 1994; 103:65-71.

realizar un análisis de vida en el anciano, el conocimiento de antecedentes por violencia familiar.

El elevado stress que supone el cuidado de ancianos con discapacidad física o psíquica, puede provocar el agotamiento del cuidador con lo que el cuidado va a ser de menor calidad o incluso desaparecer.. Es preciso por parte del médico de Atención Primaria estar atento ante o varios signos de alarma. Un alto nivel de stress en el cuidador particular es uno de los factores más importantes de ingreso en instituciones especializadas para el anciano. Las visitas regulares al domicilio de los ancianos reducen la mortalidad, los ingresos hospitalarios y mayor permanencia en el lugar de residencia, disminuyen el número de caídas, mejora notablemente la calidad de vida y se torna positivo el estado funcional, medido en sus capacidades adaptativas de vida diaria.

*Instauración de Tratamiento Médico.-* El tratamiento médico incluye siempre, en relación directa a una sucesión de consejos sanitarios para paliar y/o coadyuvar en la curación de diferentes dolencias. No es infrecuente ver ancianos tomando durante meses un mismo medicamento sin precisarlo, ante la falta de control formal y serio por parte del profesional de la salud.<sup>25</sup>.

*Asistencia Podológica.-* Los problemas derivados de la patología del pie son enormes, entre los más frecuentes se hallan las callosidades y los problemas ungueales. Debiendo tener especial cuidado ante todo en ancianos diabéticos, un mal corte de uñas y su posible infección, degrada a procesos gangrenosos y la consecuente amputación del miembro afectado.

---

<sup>25</sup> García Páez JM, Martín Martín F. Medicina Preventiva. En: Martín Martín F. Medicina interna en el paciente geriátrico. Madrid: Edita Saned SA, 1989; I: 72-89.

*Conexión fluida preferencial y coordinada con el hospital de referencia.*- El médico de Atención Primaria, debe conocer perfectamente los servicios médicos y quirúrgicos del hospital de referencia; con la finalidad de trasladar en casos de emergencia al paciente anciano, para una atención rápida, efectiva y profesional a un centro de ingreso hospitalario..

- **Nivel Terciario de Prevención.**

Los objetivos del nivel terciario de prevención son dos, por una parte prevenir las consecuencias de la enfermedad, la invalidez y a veces la muerte y por otra la rehabilitación precoz con la provisión de los medios adecuados para su óptimo manejo.

En el nivel terciario de prevención lo que se pretende es la detección precoz de situaciones incapacitantes que crean dependencia con el objetivo de proporcionar un tratamiento eficaz para disminuir de este modo el grado de dependencia y disminuir las "cargas" que éstas producen. En residencias y hospitales se presentan actuaciones paternalistas, sin contar con el individuo, con su capacidad de opinión y sus derechos a un tratamiento rehabilitador temprano que prevenga ó mejore su incapacidad. En ocasiones es más cómodo poner un cuidador de un anciano, que proveerle de una cobertura global. En no pocas ocasiones se busca predominantemente solucionar el problema que el anciano provoca sobre su entorno (familiar y social), que solucionar los problemas reales de los ancianos.

*Atención psicogeriatría.*- Se calcula que entre el 5-11% de la población mayor de 65 años y casi el 50% de los mayores de 80 años, van a padecer una demencia de tipo degenerativo. Del total de pacientes

demenciados 2/3 tienen demencia tipo Alzheimer. Dado el número creciente de trastornados, creo indispensable la aplicación de terapia ambiental en estos pacientes, que mediante programas específicos, con actividades dinámicas orientadas a la realidad de su propio entorno de vida y con el mantenimiento adecuado de praxis generales<sup>26</sup>.

*Terapia ocupacional.*- Se basa fundamentalmente en el mantenimiento y desempeño de las funciones básicas en la vida diaria, asociando rehabilitación menor y programas de mantenimiento. Los servicios médicos y sociales de la seguridad social han de favorecer con elementos de rehabilitación y terapia ocupacional, con el fin de conseguir una acción terapéutica integral". Los ancianos son personas de extraordinaria capacidad de ayuda, cuando los centros asistenciales hospitalarios o no, requieren de su ayuda o soporte en la elaboración y confección de manualidades. Es un hecho fundamental la prevención en las consecuencias de caídas por parte de los ancianos, las mismas que son muy frecuentes, habiéndose logrado mediante programas de educación física, reducir su alta incidencia con un programa adecuado de educación física<sup>27</sup>.

*Adaptación del ambiente por el anciano y sus discapacidades.*- Es el área más difícil de tratar formalmente al anciano, cuando de por medio existen patologías que imposibilitan y dificultan el valerse por sí mismo, su propio cuidado y su desarrollo personal con libertad de acción. Presentándose con las siguientes dificultades frecuentes.

a) *Abuso físico.*- Pongo en su conocimiento la variedad de situaciones que están calificadas como actos de violencia que pueden producir dolor, daño, deterioro o enfermedad, empujar, golpear, abofetear o pellizcar. El

---

<sup>26</sup> Guerra JL, de Miguel E, García Díaz J. de D. En Gutiérrez Rodero F, García Díaz JD. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Madrid. Abello-MSD.1991:301-310.

<sup>27</sup> Larión Zugasti JL, Paúl Ochotorena J. El síndrome del anciano maltratado. Med Clin. 1994; 102:216-219.

forzar la alimentación, una posición incorrecta. El uso inadecuado de sujeciones mecánicas o medicamentos administrados sin control. Coacción o abuso sexual, cualquiera sea la forma de contacto o exhibición sexual sin el consentimiento de la persona anciana o cuando la persona es incapaz de dar su consentimiento. Los signos observables de abuso físico incluyen: hematomas, moraduras, laceraciones, fracturas, quemaduras, marcas de cuerdas. Los hallazgos de laboratorio que indican sobredosis o infra dosificación de medicamentos administrados. La presencia de enfermedades venéreas o infecciones genitales no explicadas satisfactoriamente, son motivo de una rigurosa investigación.

*b) Negligencia física.*- Es parte fundamental y una característica por la incapacidad de los cuidadores, para proporcionar los bienes y servicios que son necesarios para un óptimo cuidado en el anciano o para evitar el daño progresivo de una lesión en tratamiento. La aplicación deficitaria de los cuidados sanitarios e higiene generales, incluyendo las comidas o bebidas, esmero por una hidratación adecuada y una adecuada terapia física.

*c) Abuso Psicológico.*- Se denomina a una conducta que provoca angustia mental en el anciano, como respuesta a procesos de censura, acoso o intimidación verbal. Argumentos verbales de amenazas de abandono del cuidado o atención por parte del cuidador. O a la inversa, que tendrá que vivir castigado en el centro hospitalario toda la vida. Constantes amenazas de castigo o privación de sus alimentos y cuidados mínimos, produce graves estados emocionales al anciano, llegando el anciano a pensar en el suicidio. El cuidador lesiona la personalidad del anciano al tratarlos como si fueran niños. Resulta sumamente peligroso al equilibrio general del anciano el procurar incomunicarlo de la familia, amigos o de sus actividades. Falta de intimidad es una agresión grave, por cuanto se irrespeta su identidad y personalidad.

*Ingreso Hospitalario en el lugar Adecuado.-* La salud de las personas ancianas corre riesgos por el solo hecho de ser hospitalizadas y en muchos casos supone un declive irreversible de su estado funcional, estos efectos se muestran con rapidez y progresan velozmente en su patología; por todo ello, se primordial estar preparado para evitar en lo posible que esto ocurra, mediante medidas especiales de apoyo y cambios de carácter ambiental. El ingreso es preciso hacerlo en hospitales que dispongan de servicios especialmente capacitados para la resolución de sus problemas, con preparación y seguimiento del alta hospitalaria, con búsqueda de ubicación correcta para el anciano o que por lo menos no pongan obstáculos en su recuperación.

Es trascendental impedir ingresos y estancias inapropiadas. Debemos tener especialmente en cuenta, la actitud despreciativa que en ocasiones reciben los ancianos en el medio sanitario, tanto en plantas hospitalarias como en el área de urgencias; el anciano mantiene al derecho a la información. Tabla 3,4 y 5.

**TABLA 3.- ABUSO ECONÓMICO O MATERIAL.-** Mal uso de los ingresos o recursos de una persona anciana para ganancia económica o personal del cuidador. Negar al anciano la vivienda. Ocultar los bienes materiales. Robarle dinero o posesiones. Mal uso o abuso del dinero. Coartar al anciano a que firme contratos o asigne poderes notariales a alguien, compra de bienes o cambio en el testamento.

**TABLA 4.- NEGLIGENCIA ECONÓMICA O MATERIAL.-** No utilizar los fondos disponibles o recursos necesarios para mantener o restaurar la salud y el bienestar de un Anciano. El paciente recibe unos cuidados subóptimos en su domicilio, a pesar de tener un recurso económico adecuado. El paciente parece confuso o desconoce cuál es su situación económica o ha transferido súbitamente bienes miembros de la familia. Asignación de la peor habitación de la casa.

**TABLA 5.- DETECCIÓN DEL ABUSO DEL ANCIANO. INDICADORES DE MALOS TRATOS.-** Historia. Patrón de \_ esperanza \_ en el médico o en la hospitalización. Retraso inexplicado en la búsqueda de tratamiento. No asistencia a varias citas médicas. Lesiones previas no explicadas. Explicaciones de lesiones previas inconsistentes con la exploración. Constatación de la existencia de lesiones similares en otras ocasiones.

---

*Fuentes: The Mount Sinai Victim/Services Agency Elder Abuse Project. Elder mistreatment guidelines for healthcare professional Detection, assessment, and intervention. New York: Mount Sinai Medical center, 1988*

*Observaciones profesionales.*- El observar al paciente si parece temeroso de algún miembro de la familia, si el paciente parece reacio a contestar cuando se le pregunta. Cuando el paciente y un miembro de su familia dan explicaciones distintas de un incidente, es importante tomar en cuenta, por cuanto algo está ocurriendo. Tomar muy en cuenta cuando un miembro de la familia está indiferente o enfadado con el paciente y rehúsa proporcionarle la asistencia necesaria. Una falta de cooperación al cuidado del anciano, requiere medidas inmediatas de solución.

Cuando se presentan frecuentes infecciones urinarias ó fallo cardíaco congestivo, manifiesta un descuido fundamental en el cuidado personal del anciano. El uso de ropa inapropiada, es un problema a tomar muy en cuenta para corregir. Ausencia de dispositivos de ayuda, sean éstos auditivos u ortopédicos, es una manifestación del deterioro emocional del paciente. La presencia de micosis en pliegues del cuerpo de etiología desconocida, se presenta por falta de higiene, lo que demuestra un descuido en el aseo y limpieza de ropa. Es un hecho que un miembro de la familia se encuentre excesivamente preocupado con el costo de la asistencia médica, lo cual limita la atención del paciente anciano. Cuando un miembro de la familia busca mecanismos de cómo evitar que el paciente hable en privado o abiertamente con los profesionales sanitarios, es una causa que influye directamente en la relación médico-paciente.

Es preocupante cuando un anciano llega al sistema de urgencias, sin las debidas seguridades y confianza al sistema hospitalario, debiendo fortalecer su valía e importancia hospitalaria. Hospitalizaciones repetidas

por incumplimiento terapéutico sea medicamentoso u otros cuidados médicos, motiva deterioro en el estado general del paciente. Cuando un miembro de la familia parece preocupado sobre un problema particular del paciente, pero no sobre su salud global, es fundamental conversar y explicar la verdadera situación de salud del anciano.

## CAPITULO III

### 3 LA MEDICINA PREVENTIVA EN EL ECUADOR: ANÁLISIS Y PROPUESTAS

#### 3.1 Situación General Medicina Preventiva

La salud no es simplemente la ausencia de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la Salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

El pensamiento de salud es un juicio de progreso cultural que comienza a corregirse cuando se pasó de la vida nómada a la vida agrícola e introduce la diferencia el dolor del no dolor y se presta atención a la argumentación entre tener y no tener enfermedad. Es justo diferenciar entre la salud personal en cuyo concepto intervienen muchos factores y la salud colectiva que se asienta principalmente en bases estadísticas y en indicadores explicativos que pueden ser medidos y contados.

La salud es un valor esencialmente personal que puede ser construido, lo mismo que el temperamento del individuo, a partir de los valores sociales, culturales e históricos imperantes en la sociedad en que se vive. Schaefer dice que "las definiciones de salud y enfermedad están profundamente condicionadas por las sociedades, las culturas y las épocas". Diego Gracia afirma que la salud no es inicialmente un "hecho" sino un "valor" y carece de sentido desligarlo del sistema de valoración propio de cada sociedad. Y añade "salud no es bienestar sino capacidad de posesión y apropiación del propio cuerpo".

La conocida definición de la Organización Mundial de la Salud, establece que "la salud no es sólo ausencias de enfermedad sino un estado de

completo bienestar físico, mental y social". Esta definición, aunque utópica, ya que nadie estaría sano si tiene que alcanzar un completo estado de bienestar, ha tenido la virtud de producir una mentalidad que coloca a la medicina en un mundo mucho más amplio, con elevado compromiso social, obligando a que su actividad se declare en amplios programas que tienen por objeto combatir la enfermedad y promover la salud de forma conjunta.

La salud colectiva es la expresión de la suma de los estados de salud y enfermedad de los individuos que forman una sociedad. Los agentes que estructuran una sociedad y que influyen en la vida de cada uno de sus miembros son también expresión de la salud de esa sociedad en función de su valor específico y de la influencia que ejerce sobre cada persona. La salud de la sociedad es el núcleo de la Sanidad moderna que se ha transformado en el gran espacio público de la vida en los países desarrollados

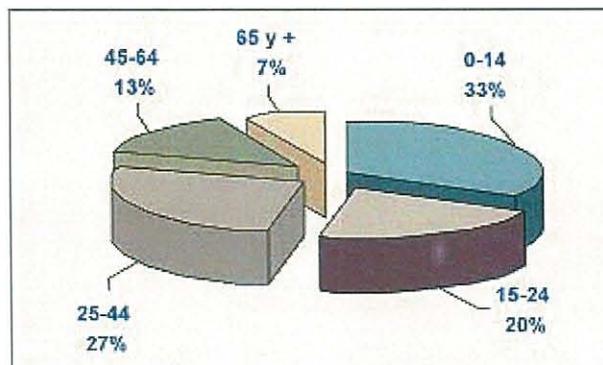
La Medicina Preventiva es parte de la medicina encargada de la prevención de enfermedades basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos.

Salvo excepciones, es muy difícil separar la medicina preventiva de la medicina curativa, porque cualquier acto médico previene una situación clínica de peor pronóstico. El campo de actuación de la medicina preventiva es mucho más restringido que el de la Salud pública, en la que interviene esfuerzos organizativos de la comunidad o los gobiernos. La medicina preventiva se aplica en el nivel asistencial tanto en atención especializada u hospitalaria como atención primaria.

### 3.2 Aspectos demográficos

Las proyecciones de población realizadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), fundamentadas en los censos de 1982 y 1990, en el Ecuador debían tener una población de 13'202,308 en el año 2001. El último censo de población realizado en el año 2001, la cantidad total del país fue de 12'156,608 personas, un 26% más que en 1990. Las causas se deben en parte a la contracción de la tasa de natalidad y a la emigración reciente de ecuatorianos hacia Europa y Estados Unidos. La tasa de crecimiento poblacional promedio anual en el periodo interesal 1990-2001 es ligeramente más baja que la correspondiente al periodo 1982-1990 (2.1% y 2.3% respectivamente). De mantenerse la tasa anual de crecimiento poblacional en 2.1%, la población ecuatoriana se duplicaría en el año 2034, es decir, en un poco más de tres décadas.

**POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD. CENSO NACIONAL 2001  
(EN PORCENTAJES)**



Fuente: INEC, Censos de población y vivienda 2001.

La población ecuatoriana se ha mantenido estable en número de personas por sexos, según los datos del censo de población del año 2001. La esfera nacional determina una participación ligeramente superior del número de mujeres. En el 2001 el 50.5% de la población del país fue

de sexo femenino, mientras que el 49.5% lo era de sexo masculino. En la Costa y la Amazonía la proporción de hombres es mayor a la de mujeres.

**ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACION  
TOTAL Y TASAS DE CRECIMIENTO. 1950-2015**

<b>AÑO</b>	<b>POBLACION (miles)</b>	<b>TASA DE CRECIMIENTO (%)</b>
1950	3.387	-
1960	4.439	2.70
1970	5.970	2.96
1980	7.961	2.88
1990	10.264	2.54
1995	11.460	2.20
1998	12.174	1.99
2000	12.646	1.97
2005	13.798	1.74
2010	14.899	1.54
2015	15.936	1.35

FUENTE: CONADE, INEC, CELADE, Ecuador  
Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2005

Hay más mujeres que hombres en las provincias serranas. Resaltan los altos índices de feminidad en las provincias de la sierra sur como Azuay y Cañar, fenómeno debido al predominio masculino de la emigración al exterior.

## POBLACIÓN POR SEXO

Sexo	1990	%	2001	%
Hombres	4, 796,412	49.7	6, 018,353	49.5
Mujeres	4, 851,777	50.3	6, 138,255	50.5
TOTAL	9, 648,189	100	12, 156,608	100

Fuente: INEC, Censos de población y vivienda 1990-2001

La estructura de la población por grupos de edad quinquenales tiene la forma característica de los países en desarrollo: una amplia base conformada por población infantil y joven. Se nota una disminución de la base durante la década pasada, lo que indica que la tasa de natalidad ha disminuido. En contraste, se observa un ensanchamiento de la punta de la pirámide poblacional, lo que revela que el país está enfrentando un proceso de envejecimiento de su población.

En el periodo intercensal 1990-2001 se produjo un aumento de la participación de la población de 15 a 64 años (de 56.9% a 60.1%) y de 65 años y más (de 4.3% a 6.7%), en detrimento de la niñez conformada por la población entre 0 y 15 años de edad (de 38.8% a 33.2%). Esta propensión hacia el envejecimiento de la población ecuatoriana es ratificada por el aumento de la edad promedio de la población de 24.1 años en 1990 a 27.4 años en 2001.

El grupo de los ancianos es muy importante en la estructura poblacional y es trascendental desde el punto de vista de la política social, puesto que solo una cuarta parte de este está cubierta por la seguridad social (24% de los mayores de 65 años, según el censo de población de 2001).

En el año 2001 había 665 dependientes (entre 0 y 14 años y/o entre 65 y más) por cada mil individuos en edad de trabajar (entre 15 y 64 años de edad). Este cambio se debe especialmente a la reducción de la tasa de dependencia de la niñez de 681 a 553 niños entre 0 y 15 años por cada mil individuos en edad de trabajar.

Esta mengua supera al aumento observado en la tasa de dependencia de los ancianos (de 76 a 111 ancianos mayores de 65 años por cada mil individuos en edad de trabajar).

**ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACION  
POR GRANDES GRUPOS DE EDAD.**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL,  
TASAS DE CRECIMIENTO E INCREMENTO PROMEDIO ANUAL  
1950-2010**

AÑO	TOTAL	URBANA		
		0-14	15-64	65 y +
<b>POBLACION (miles)</b>				
1950	3.387	1.338	1.869	180
1960	4.439	1.928	2.302	209
1970	5.970	2.648	3.069	253
1980	7.961	3.408	4.233	320
1990	10.264	3.997	5.844	423
1998	12.174	4.242	7.377	554
2000	12.646	4.278	7.774	594
2010	14.899	4.348	9.717	834

<b>DISTRIBUCION PORCENTUAL</b>				
1950	100.0	39.5	55.2	5.3
1960	100.0	43.4	51.9	4.7
1970	100.0	44.4	51.4	4.2
1980	100.0	42.8	53.2	4.0
1990	100.0	38.9	56.9	4.1
1998	100.0	34.8	60.6	4.5
2000	100.0	33.8	61.5	4.7
2010	100.0	29.2	65.2	5.6
<b>TASAS DE CRECIMIENTO (%)</b>				
1950/1960	2.7	3.7	2.1	1.5
1960/1970	3.0	3.2	2.9	1.9
1970/1980	2.9	2.5	3.2	2.4
1980/1990	2.5	1.6	3.2	2.8
1990/2000	2.1	0.7	2.9	3.4
2000/2010	1.6	0.2	2.2	3.4
<b>INCREMENTO PROMEDIO ANUAL (miles)</b>				
1950/1960	105	59	43	3
1960/1970	153	72	77	4
1970/1980	199	76	116	7
1980/1990	230	59	161	10
1990/2000	238	28	193	17
2000/2010	225	7	194	24
<i>FUENTE: CONADE, INEC, CELADE.</i>				

Es fundamental dinamizar a la economía creando oportunidades de empleo para los diferentes sectores poblacionales para dar un ambiente

adecuado en el ámbito social y un mayor aporte al crecimiento económico.

Ecuador está atravesando por un periodo de transformación demográfica en la que su distribución poblacional está presionando coyunturas para su mejoramiento económico y su financiamiento sostenible en la seguridad social, pero al mismo tiempo, se presentan nuevos desafíos para la política social del Estado, particularmente en lo que respecta a la atención en medicina preventiva poblacional. La mayor parte de la población del Ecuador reside en el área urbana. Entre 1990 y 2001 el porcentaje de población urbana aumentó del 59.3% al 61.1%. Es decir, alrededor de seis de cada diez ecuatorianos residen en las urbes, mientras que cuatro de cada diez lo hacen en el área rural. Tiene su explicación por la migración interna del campo a las ciudades y por la reconfiguración de la división político administrativa del país entre 1990 y 2001, con la creación de nuevos cantones a partir de parroquias consideradas anteriormente como rurales.

Según el INEC, la esperanza de vida pasó de 67.6 años en 1990 a 70.9 años en el caso de los hombres y de 71.4 a 76.8 años en el caso de las mujeres. Esta tendencia es debido a la reducción de las tasas de mortalidad y fecundidad, al cambio en el perfil de mortalidad de la población y el incremento del acceso a servicios básicos.

El aumento de la población en edad de trabajar significa una gran oportunidad para el financiamiento adecuado de la seguridad social poblacional, para que esto surta efecto se requiere que el crecimiento económico genere oportunidades de empleo suficientes y adecuadas. Un interesante desafío para la política social se encuentra en la ampliación de la cobertura de la seguridad social, más aún, en un escenario en que su población está envejeciendo y generando presiones para el

financiamiento de las pensiones de sus afiliados. La etapa de la transición demográfica por la que actualmente atraviesa el país ofrece condiciones adecuadas para impulsar una reforma de la seguridad social poblacional sostenible.

Tomando en cuenta el fundamental principio que el cuidado de la salud poblacional es una inversión económica en el progreso de sus naciones y de sus hombres. Siendo parte fundamental del Estado para con sus ciudadanos priorizar su bienestar físico, espiritual y económico con la implementación de la Medicina Preventiva como Política de Estado.

### **3.3 Aspectos de la medicina preventiva del anciano**

Entre el 95-96% de los mayores de 65 años de nuestro país viven en sus domicilios, lo que es razón suficiente para que sea la Asistencia Primaria la protagonista de su atención.<sup>28</sup>

En el anciano, es vital pensar en términos de prevención, tanto primaria, como especialmente con respecto a detección precoz de enfermedades ó incapacidades en búsqueda del retraso de los fenómenos acompañantes del envejecimiento, en el intento de reintegración de la imposibilidad con una rehabilitación eficaz, en el mantenimiento del anciano en su hogar mientras sea posible y en la consecución de niveles prácticos profundos.<sup>29</sup>

Los ancianos son separados sistemáticamente de los estudios de promoción de salud y prevención de enfermedades. Las necesidades y las características físicas del anciano deben con prioridad efectuarse planes concretos para éste grupo poblacional. La prevención en el anciano no

---

<sup>28</sup> Arriola Manchola E. Orientaciones para una medicina preventiva eficaz en ancianos institucionalizados (parte I). Introducción. Nivel primario de prevención. Rev. Gerontol. 1994; 4:228- 237.

<sup>29</sup> Williamsom J. Medicina Preventiva. En: Exton-Smith AN, Weksler ME. Tratado de Geriátría. Barcelona: Editorial Pediátrica, 1988; 41-53.

debe medirse como el caso ecuatoriano en el aumento de esperanza de vida ni en los años de vida potencial perdidos, se trata de una medida que se utiliza para cuantificar las pérdidas sociales y económicas de una muerte prematura. Alcanza utilidad en personas jóvenes aunque en el anciano creemos más útil y más acorde con los objetivos en este grupo de población la esperanza de vida libre de incapacidad.

Las mujeres viven más años, a expensas de vivir más años con incapacidad. Estamos coexistiendo una situación de "longevidad minusválida". La salud, la longevidad y la calidad de vida dependen de: las características biológicas, el estilo de vida, del contexto ambiental donde se vive, del sistema sanitario y calidad de atención. Lo más importante es el estilo de vida, seguida por el contexto ambiental.

En el país, la mayor parte de las causas de mortalidad prematura y de incapacidad son prevenibles, se trata de factores modificables ligados a la salud y enfermedad. Existen prácticas asociadas de enfermedades: fumar, consumo excesivo de alcohol, insuficiencia de ejercicio, falta de sueño y obesidad.

Definitamente es importante conocer las principales fuentes de datos y sistemas de información de interés epidemiológico, sus ventajas y limitaciones. Hay que tomar valorizaciones en la importancia de los indicadores demográficos y sanitarios en el campo de la Salud Pública. Encontrarse al tanto de los distintos indicadores de frecuencia de enfermedades y la necesidad de garantizar su compatibilidad, comprendiendo y aplicando el pensamiento causal en epidemiología. No debemos pecar de ignorancia en las características fundamentales de los distintos tipos de diseños y estudios en investigación epidemiológica, así como posibles causas de error y sistemas de control de los mismos. Se debe tomar en consideración apreciaciones de las principales medidas de

significación estadística, magnitud y precisión de la asociación causal entre variables de exposición y problemas de salud. Se debe utilizar el método estadístico como herramienta de apoyo para aplicar en las diferentes utilidades informáticas, en cada una de las etapas de los estudios epidemiológicos.

Es de gran importancia el conocimiento de las aplicaciones de la epidemiología en los siguientes campos:

- a) Planificación y evaluación de actividades de los servicios de salud.
- b) Objetivamente analizar críticamente la literatura médica científica.
- c) Conocer la legislación vigente de interés en epidemiología Juzgar las implicaciones éticas de los estudios epidemiológicos

*Actividades a Desarrollar.-* Dentro del contexto anterior, es fundamental realizar:

- Análisis de la información procedente de diferentes fuentes bibliográficas, sobre un tema de interés y elaborar los informes correspondientes. Delinear una encuesta y toma de datos, codificar las variables a estudio y realizar la explotación posterior de la información.
- Participación en el diseño, recopilación, análisis de datos y evaluación de alguno de los diferentes sistemas de información sanitaria que se utilicen en su medio, como el sistema EDO, registros de cáncer, sistemas de información de VIH y SIDA. Actuante en la elaboración de informes epidemiológicos.
- Formalizar estudios de mortalidad (a nivel nacional y/o provincial) en el cual haya sido preciso utilizar técnicas de estandarización,

análisis de unidades y tablas de vida. Insinuar sobre las actividades de un registro de base poblacional.

*Moderar esquemas Demográficos.*- Dentro de este campo tenemos que realizar estudios de morbilidad, que requiera la utilización de datos secundarios obtenidos de fuentes, como sistema de enfermedades de declaración obligatoria o encuesta de morbilidad hospitalaria. Manteniendo la participación en las actividades de la red de vigilancia epidemiológica de la comunidad (médicos centinelas, laboratorios de Salud Pública).

Proponiendo el diseño, realización y análisis de los siguientes tipos de estudios epidemiológicos:

- Prevalencia, caso-control, cohortes, experimental, investigación de brotes epidémicos, series temporales, y/o mortalidad.
- Elaboración de un protocolo de actuación en el campo de la prevención y control de las enfermedades.
- Aplicación del método epidemiológico en la resolución de un problema de gestión hospitalaria.
- Realización y análisis de un programa en relación con la epidemiología del medicamento (Farmacovigilancia). Actividades docentes en el campo de la epidemiología.
- Revisión aplicando el método científico, trabajos de investigación, haciendo referencia al tipo de estudio, material y método, resultados obtenidos y posibles sesgos. Búsquedas bibliográficas, tanto manuales como con soporte informático. Manejo correcto de

las utilidades informáticas básicas: hojas de cálculo, bases de datos y paquetes estadísticos y epidemiológicos.

- Análisis de los diferentes sistemas de información para la gestión de los servicios sanitarios.
- Valoración de los diversos criterios de racionalización en la determinación e prioridades y la elección entre programas alternativos.
- Determinar las líneas generales del plan de calidad de las distintas dependencias de rotación.
- Critica los instrumentos de medida disponibles para evaluar el efecto de las intervenciones sanitarias, en relación al costo-beneficio, así como el grado de consecución de los objetivos de los programas sanitarios. Valoración de los factores que intervienen en la elaboración de programas sanitarios.
- Valora la importancia de los elementos de diferentes organizaciones e instituciones sanitarias, y la importancia de sus interrelaciones en la consecución de sus objetivos
- Aplicar las diferentes técnicas de planificación, gestión, evaluación e investigación operativa en la consecución de las metas del sistema sanitario. Avalizar la organización y la oferta de servicios de las áreas de atención primaria y especializada. Proponer la aplicación de la metodología de control de calidad en los servicios de salud. Elaborar presupuestos sanitarios. Conocer técnicas y sistemas de organización y dirección de servicios. Saber al dedillo

técnicas y sistemas de gestión de personal. Conoce técnicas de comunicación en la organización y gestión de servicios.

*Actividades a Desarrollar.-* Es indispensable la participación en las actividades de un servicio de archivos y documentación clínica y servicio de atención al paciente; en el diseño, ejecución o análisis de un estudio de planificación de recursos en función de las necesidades; en el diseño, ejecución o análisis de un estudio de demanda y utilización de servicios sanitarios; en el diseño, ejecución o análisis de un programa de control de calidad.

- En el cumplimiento de actividades en un organismo no gubernamental en relación con la salud; en la confección, organización, distribución y evaluación de presupuestos sanitarios; en el diseño o análisis de un sistema de información para la gestión.
- Valorar los circuitos de admisión y derivación de usuarios de los servicios sanitarios; en las actividades de un servicio ejecutivo (periférico) de la administración sanitaria o en un programa sanitario especial.
- Colaborar en el diseño, ejecución o análisis de un estudio de recursos sanitarios en el ámbito de la organización general; en la elaboración y desarrollo de programas de formación continuada.
- En el diseño, ejecución o análisis de un estudio de evaluación sanitaria mediante un estudio de costo efectividad o costo beneficio.
- En el diseño, ejecución o análisis de un estudio de gestión de recursos asistenciales (hospitalario o ambulatorio, económico y

humano), en la coordinación autonómica o estatal de programas especiales.

- Situaciones de emergencia, trasplantes, drogodependencia; en un servicio central, autonómico o estatal, de planificación o programación de la administración sanitaria.
- Asistencia con los responsables de la gestión o evaluación de servicios sanitarios y actividad asistencial, a reuniones adecuadas a la consecución de los objetivos docentes y utilización de las herramientas y aplicaciones informáticas para la gestión.

*Medicina Preventiva Hospitalaria.*- Dentro de la formación profesional y conocimiento del conglomerado social, es indispensable conocer las características estructurales, de organización y funcionales del medio hospitalario; el diseño y aplicación de la epidemiología hospitalaria; los distintos sistemas de vigilancia y control de infección nosocomial y su forma de aplicación.

- Valoración de las funciones y actividades del servicio de Medicina Preventiva.
- Interpretación de los patrones de morbilidad y mortalidad de la comunidad, especialmente los que conllevan actuación hospitalaria. Identificación y apertura de las medidas de prevención y control de la infección hospitalaria y valorar sus costos.
- Intervenir en los procesos de higiene hospitalaria y control del saneamiento ambiental y del confort del medio hospitalario, aprovechando las técnicas de educación sanitaria en el ámbito del

hospital y evaluación de las funciones y actividades del control de calidad asistencial y hospitalaria.

*Actividades a Desarrollar.-* Se debe comunicar el diseño, análisis o aplicación de métodos y normas de acondicionamiento, higiene y saneamiento de las unidades asistenciales y de hostelería del centro hospitalario, teniendo en cuenta las reglamentaciones sanitarias correspondientes, se debe hacer lo siguiente:

- Prestar atención las condiciones higiénico-sanitarias de diferentes zonas hospitalarias, con elaboración de informes y recomendaciones; considerando el circuito hospitalario para la eliminación de residuos. Diseño, ejecución o evaluación, de un estudio epidemiológico descriptivo, analítico o de ensayo clínico, sobre un hecho, situación o proceso, presente en el ámbito hospitalario; con estudios especiales en colaboración y/o a petición de otros servicios; manteniendo normas de aislamiento para enfermedades infectocontagiosas.
- Colaborando en la revisión y actualización de las mismas.
- Asistencia mutua con las autoridades sanitarias en el cumplimiento de las normativas sobre enfermedades de declaración obligatoria.

*Actividades de Vigilancia Epidemiológica* programada para el hospital en colaboración o no con el área edspecífica y preferentemente dirigidas a las EDO, declaración microbiológica, brotes epidémicos, infección nosocomial, prevalencia de enfermedades crónicas, morbilidad general hospitalaria u otras de análoga significación. Se debe realizar lo siguiente:

- Estudios sobre el costo de la infección nosocomial en una unidad o servicio asistencial hospitalario, o de evaluación de las medidas y programas establecidos para su control.
- Diseño, aplicación y control de los protocolos de asepsia, antisepsia o de política de utilización de antimicrobianos, desinfectantes y antisépticos, en las actividades de diagnóstico y tratamiento propias de las distintas unidades y servicios.
- Actividades necesarias en una central hospitalaria de Esterilización para conocer a fondo su dotación y funcionamiento, incluyendo los programas de control de calidad y seguridad de la misma.
- Actividades de los registros de exposiciones accidentales y de contactos VHB, VHC, VIH, meningitis y tuberculosis. Programas de vacunación e inmunización y evaluaciones regulares.
- Delineación o desarrollo de programas de Educación Sanitaria de enfermos y allegados, o en la formación continuada del personal, con objetivos dirigidos a sus respectivas responsabilidades en el cuidado de la salud.
- Llevar estudios de revisión de la documentación científica actualizada, centrados en contenidos concretos. Nombramiento de una Comisión de infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica.
- Desarrollar Programas de calidad asistencial y de evaluación del proceso asistencial. Favorecer proyectos de investigación hospitalaria. Preparación de los programas de nutrición y alimentación y estudios de evaluación de tecnología hospitalaria.

*Promoción y Educación de la Salud.*- Comprende y desarrolla los conceptos de promoción y educación de la salud, bosquejando su realización y evaluando programas de promoción y educación para la salud, determinando su equilibrio para solucionar aquellas necesidades de salud susceptibles de intervención, mediante la transformación y estableciendo aquellas enfermedades susceptibles de prevención por cambio en el estilo de vida.

Se debe identificar las poblaciones para realizar actividades de promoción y educación de la salud; utilizando métodos entendibles y técnicas de investigación social para el estudio de los determinantes socio-culturales y psicosociales de la salud de la población; con aplicación de estrategias, metodologías y técnicas de intervención en la comunidad para conseguir objetivos de promoción de salud, fomentando la participación comunitaria; con métodos y técnicas de evaluación de programas de promoción de salud y con su actualización de esquemas para comunicación en áreas de salud.

*Actividades a Desarrollar.*- Cooperar en la puesta en marcha de un programa de educación sanitaria dirigido a grupo de población específicos:

- Diseño, ejecución o evaluación de un programa de educación para la salud.
- Investigación relacionada con la promoción de salud (factores socio-culturales, estilos de vida, etc.) y elaborar un programa de intervención según las necesidades encontradas.
- Presencia a reuniones, comités, etc., de diferentes órganos de participación comunitaria. Cumplir con actividades de promoción de la salud que implique el trabajo con la comunidad. Elaboración y

desarrollo de programas de formación continuada en promoción y educación de la salud.

*Salud Medio Ambiental.*- Observar la estructura general del medio ambiente y sus interrelaciones con el hombre. Manteniéndose informado en el marco jurídico legal, referente a protección medioambiental, así como las políticas medioambientales en Ecuador:

- Actualización y conocimiento de la legislación ecuatoriana sobre salud laboral.
- Beneficiar con el método epidemiológico en la elaboración de programas de salud medioambiental, así como en la evaluación de dichos programas.
- Equilibrar, bosquejar, y comenzar medidas de control para la protección y prevención de riesgos para la salud en relación con el medioambiente. Trazar y analizar aquellos problemas medioambientales que dificulten el desarrollo sostenible.
- Esquematización y gestión en los programas con impacto medioambiental y su evaluación; y, fundamentalmente mantener conocimientos en la legislación actualizada sobre urbanismo y vivienda.

*Actividades a Desarrollar.*- Siendo un capítulo de suma importancia y se tiene que realizar:

- Mantenimiento de una red de vigilancia o de un sistema de registro e niveles de exposición a agentes químicos o físicos medioambientales, de sus efectos sobre la salud, o de su impacto ambiental, gestionados a nivel central, autonómico o local.

- Mantener acciones analíticas dirigidas a la evaluación experimental de los efectos biológicos de contaminantes químicos ambientales o al registro de su nivel de exposición, en laboratorios.
- Mantener estudios epidemiológicos dirigidos a la investigación etiológica en materias ambientales o en la evaluación de servicios de salud ambiental.
- Cumplimiento de actividades en base a los alimentos o productos con registro sanitario.
- Propiciar actividades de inspección sanitaria ambiental.
- Producción y desarrollo de programas de formación continua en salud ambiental, con la realización del estudio sobre el impacto ambiental de ciertas actividades o actuaciones.

### **3.4 La medicina preventiva poblacional**

La Medicina Preventiva es parte de la medicina, autorizada al control de las enfermedades, basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos.

Salvo excepciones, es muy difícil separar la medicina preventiva de la medicina curativa, porque cualquier acto médico previene una situación clínica de peor pronóstico. El campo de actuación de la medicina preventiva es mucho más restringido que el de la Salud pública, en la que interviene esfuerzos organizativos de la comunidad o los gobiernos.

La medicina preventiva se aplica en el nivel asistencial tanto en atención especializada u hospitalaria como atención primaria. La medicina preventiva tiene distintas facetas según la evolución de la enfermedad.

Así se pueden distinguir tres tipos de prevención en medicina:

a) *Prevención primaria.*- .Conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos, por parte del personal sanitario, antes de que surja una comprobada enfermedad.

*La promoción de la salud* es el fomento y defensa de la salud de la población mediante acciones que inciden sobre los individuos de una comunidad; como por ejemplo, las campañas antitabaco para prevenir el cáncer de pulmón y otras enfermedades asociadas al tabaco.

*La protección de la salud*, como por ejemplo, la sanidad ambiental y la higiene alimentaria.

b) *Prevención secundaria.*- También se denomina diagnóstico precoz, cribado, o screening. Un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad grave en estadio inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad asociada mediante un tratamiento eficaz o curativo.

- Que la enfermedad representa un problema de salud importante con un marcado efecto en la calidad y duración del tiempo de vida.
- Que la enfermedad tenga una etapa inicial asintomática prolongada y se conozca su historia natural.

- Que se disponga de un tratamiento eficaz y aceptado por la población en caso de encontrar la enfermedad en estadio inicial.
- Que se disponga de una prueba de cribado rápida, segura, fácil de realizar, con alta sensibilidad, especificidad, alto valor predictivo positivo, y bien aceptada por médicos y pacientes.
- Que la prueba de cribado tenga una buena relación coste-efectividad.
- Que la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento en el periodo asintomático disminuya la morbilidad y mortalidad global o cada una de ellas por separado.

a) *Prevención terciaria.*- Es la restauración de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. Esto es aplicando un tratamiento para intentar curar o paliar una enfermedad o síntomas determinados. La restauración de la salud se realiza tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitario.

## **CAPÍTULO IV**

### **4 CONSIDERACIONES Y PROPUESTAS PROGRAMÁTICAS DE LA MEDICINA PREVENTIVA DEL ANCIANO**

#### **4.1 Propuesta en cada uno de los subsectores de la medicina preventiva del anciano**

La Medicina Preventiva y Salud Pública como especialidad médica, mantiene el siguiente concepto: "Es la ciencia y la práctica del fomento, elaboración y aplicación de políticas de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad tanto para reducir la probabilidad de su aparición como para impedir o controlar su progresión, así como de la vigilancia de la salud de la población, de la identificación de sus necesidades sanitarias y de la planificación y evaluación de los servicios de salud". Los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública deben liderar el esfuerzo organizado de la sociedad, el sistema de salud y las instituciones asistenciales, para fomentar y mejorar la salud, así como promover la equidad y eficiencia del sistema sanitario.

Para lo anterior, se deben desarrollar, entre otras, las siguientes acciones: Administración y gestión de servicios sanitarios, vigilancia epidemiológica, estudios y análisis epidemiológicos, planificación, programación y evaluación, investigación y docencia, información sanitaria e información tecnológica.

La Medicina Preventiva y Salud Pública, como especialidad médica desarrolla su práctica en los siguientes campos:

- I. Servicios de Salud Pública en los distintos niveles del sistema de salud, estando a su cargo las actividades relacionadas con la

elaboración de planes de salud, planificación y evaluación de servicios; la realización de programas asistenciales, preventivos, de promoción de la salud, de salud ocupacional, medio ambiental y comunitaria.

- II. Servicios de epidemiología, vigilancia, información, evaluación, docencia e investigación, a cualquier nivel del sistema, dentro de las instituciones sanitarias o de otras relacionadas con la salud como las del medio ambiente.
- III. Servicios de administración y gestión de servicios sanitarios en los distintos niveles e instituciones del sistema de salud.

*Medicina Preventiva hospitalaria*, tiene como fundamento el confeccionar y promover, ejecutar y evaluar todas las actividades epidemiológicas, de programación, prevención y promoción en el hospital.

- Participar en la formación continuada de los profesionales que desarrollan su función en el hospital, en técnicas de prevención y promoción de la salud.
- Contribuir en los programas de control de calidad y de adecuación de la actividad sanitaria.
- Formación e investigación de la Medicina Preventiva y Salud Pública en aquellas instituciones públicas y privadas con función docente e investigadora.

La formación de un especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública es pluridisciplinaria e incluye desde las bases fundamentales y aplicadas de Medicina Preventiva, Epidemiología, Demografía, Estadística,

Informática, Economía y Sociología hasta la formación en Planificación, Administración y Gestión de servicios, y sus técnicas de estudio.

Siendo importante el análisis operativo de las siguientes aplicaciones:

- Epidemiología fundamental y aplicada.
- Planificación, administración y gestión de servicios sanitarios.
- Medicina Preventiva hospitalaria.
- Promoción y educación de la salud medioambiental.

#### **4.2 La Medicina Preventiva y Salud Pública**

Le corresponde desarrollar sus actividades utilizando el método epidemiológico para definir y describir las necesidades de salud de la población, identificando los riesgos medio ambientales y sociales para la salud; el cuidado sobre las causas y determinantes de la salud y la enfermedad, así como para la investigación sobre las mismas.

- Llevar a cabo la vigilancia de Salud Pública en las enfermedades, accidentes y medio ambiente para programar y coordinar las actividades correspondientes de prevención, control e investigación.
- Conocer y aplicar los instrumentos y técnicas de la planificación, gestión e investigación operativa para establecer prioridades en la planificación de servicios de salud, participar en el desarrollo de políticas y elaborar planes y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Promoviendo y organizando la

puesta en marcha y el funcionamiento de las políticas y programas sanitarios, así como los servicios de salud a prestarse a la población.

- Evaluando la calidad de los programas y servicios de salud.
- Disponiendo y gestionando en las instituciones y servicios sanitarios en sus diferentes niveles.
- Participando en tareas de formación e investigación en ciencias de la salud.
- Conociendo los fundamentos médicos preventivos en promoción de la salud y saber aplicar a nivel de los individuos y de las poblaciones, las principales técnicas individuales y colectivas para la promoción de la salud y la educación sanitaria.
- Utilizando óptimamente los medios y métodos de comunicación, siendo el especialista médico con conocimientos para transmitir los mensajes sanitarios a la población.
- El especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública desarrolla, los objetivos intermedios y actividades complementarias en las diversas áreas que integran la especialización.

En la medicina preventiva se manifiestan diferentes facetas según la evolución de la enfermedad. Se distinguen tres tipos de prevención en medicina:

a) *Prevención primaria*. Conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos, por parte del personal sanitario,

antes de que surja una comprobada enfermedad. *La promoción de la salud*, que es el fomento y defensa de la salud de la población mediante acciones que inciden sobre los individuos de una comunidad, como por ejemplo las campañas antitabaco para prevenir el cáncer de pulmón y otras enfermedades asociadas al tabaco. *La protección de la salud* como por ejemplo la sanidad ambiental y la higiene alimentaria. Las actividades de promoción y protección de la salud que inciden sobre el medio ambiente no las ejecuta el médico ni la enfermera, sino otros profesionales de la salud pública, mientras que la vacunación sí las realiza el médico y enfermera.

Según la OMS, uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, a más del uso del sistema de asistencia sanitaria.

*b) Prevención secundaria.*-También se denomina diagnóstico precoz, tamizado, o screening. Un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad grave en estadio inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad asociada mediante un tratamiento eficaz o curativo. La prevención secundaria se basa en los tamizados poblacionales y para aplicar estos han de darse unas condiciones predeterminadas definidas en 1975 por Frame y Carlson, para justificar el screening de una patología.

Que la enfermedad represente un problema de salud importante con un marcado efecto en la calidad y duración del tiempo de vida, que la enfermedad tenga una etapa inicial asintomática prolongada y se conozca

su historia natural. Que se disponga de un tratamiento eficaz y aceptado por la población en caso de encontrar la enfermedad en estadio inicial y se ponga de una prueba de tamizado rápido, seguro, fácil de realizar, con alta sensibilidad, especificidad, alto valor predictivo positivo y bien aceptada por médicos y pacientes. Que la prueba de tamizado tenga una buena relación costo-efectividad, que la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento en el periodo asintomático disminuya la morbilidad y mortalidad global o cada una de ellas por separado.

c) *Prevención terciaria*.- Es la restauración de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. Es aplicar un tratamiento para intentar curar o paliar una enfermedad o unos síntomas determinados. La restauración de la salud se realiza tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.

Una *enfermedad infecciosa* es aquella que ha sido provocada por un microorganismo, en especial cuando se trata de bacterias, hongos, virus o priones. En el caso de otros agentes vivos patógenos (protozoos, parazoos, etc.), se habla de infestación.

Las *enfermedades infecciosas transmisibles* se pueden propagar directamente desde el individuo infectado, a través de la piel o membranas mucosas o indirectamente, cuando la persona infectada contamina el aire por medio de su respiración, un objeto inanimado o un alimento.

*Enfermedades Congénitas* son aquellas con desorden genético o enfermedad genética es una enfermedad causada, al menos en parte, por los genes de la persona con dicha enfermedad. Pueden estar causadas por una transformación no deseada, como puede ocurrir en muchos cánceres. Hay *desórdenes genéticos* causados por duplicación accidental de cromosomas, como en el síndrome de Down, o duplicación repetida de

una parte del cromosoma, como en el síndrome de cromosoma X frágil. El defecto en los genes puede ser heredado de los padres. En este caso el desorden genético se llama enfermedad hereditaria. Puede ser recesivo, aunque también ocurre en casos con defectos genéticos dominantes.

*Epidemias y Tipos de Epidemias.*- Epidemia (del griego epi, por sobre y demos, pueblo), en su definición tradicional, es una enfermedad ampliamente extendida que afecta a muchos individuos en una población.

En la actualidad el concepto es una relación entre una línea de base de una enfermedad, que puede ser la prevalencia o incidencia normal, en relación al número de casos que se detectan en un momento dado. En este sentido si una comunidad se encuentra libre de determinada enfermedad un solo caso constituye una epidemia.

Una epidemia puede estar restringida a un área local, abarcar una extensión más amplia como un país (endemia), o puede tener carácter mundial (pandemia).

# CAPITULO V

## 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 Conclusiones

- Según la Ley, el Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionamiento sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.
- Si bien la Ley Orgánica de Salud, establece los parámetros fundamentales y generales para la aplicación integral de la Medicina Preventiva en el País, no es menos cierto que no existe el Reglamento a la Ley y la fuerza política para su aplicación nacional.
- La Medicina Preventiva no cumple con los objetivos propuestos para el País, por cuanto existe una atomización de instituciones públicas, privadas, militares y fundaciones que defienden sus propias acciones programáticas individuales.
- El Estado está facultado en mantener una Política Nacional de Salud, con la finalidad de unificar a un sólo programa nacional integral, para su absoluto cumplimiento a nivel nacional.
- En los programas de estudios de las Facultades de Medicina de las Universidades, no incluye la Medicina Preventiva como cátedra fundamental para conocimiento y aplicación del médico con beneficio directo a la población nacional. Además, no se ha implementado Post

Grados en Medicina Preventiva, quienes como especialistas serían los futuros administradores del tema nacional para su aplicación, control y evaluación para su correcto funcionamiento.

- Una programación bien aplicada en Medicina Preventiva, permite el fomento del trabajo con productividad al desarrollo individual y colectivo como fuerza de trabajo a una economía sostenida de mercado. Evitando que la pobreza y la ignorancia sea materia prima, para su supremacía de enfermedades con graves repercusiones económicas en las familias y el desmedido enriquecimiento de las transnacionales farmacéuticas.
- En el grupo de personas ancianas, hay muchos que tropiezan con dificultades cada vez mayores para afrontar los problemas de la vida diaria. Es cada vez más difícil planificar la atención total que requieren esas personas, por falta de información precisa sobre su identidad y sobre sus problemas que tienen planteados.
- El envejecimiento de las personas y de poblaciones es un proceso demográfico de etiología muy compleja. No hay que, olvidar que basta una baja importante y duradera de la tasa de fecundidad para que la población envejezca. Factor importante de envejecimiento de la población es la reducción de la mortalidad en la segunda mitad de la vida.
- El origen migratorio. Una migración de jóvenes o una inmigración de personas de edad avanzada, puede acelerar el envejecimiento natural de la población de una zona o localidad.
- El envejecimiento de las personas es un proceso irreversible, consecuencia del paso de los años, cuyo conocimiento depende de los

procesos biológicos, síquicos y sociales que determinan el crecimiento, la maduración y la declinación del organismo humano en el medio que le rodea.

## **5.2 Recomendaciones.**

- Poner en vigencia el capítulo de salud de la Constitución Política del Estado, fortalecer el Estado social de derecho y garantizar el ejercicio de los derechos humanos, particularmente el derecho a la educación y salud, a través del fortalecimiento y cambio radical de la educación y la salud con Medicina Preventiva en todos sus niveles.
- Impulsar el acceso y permanencia universal de todos los ecuatorianos y ecuatorianas a una educación y una salud de calidad. Eliminando las barreras de exclusión, discriminación y racismo; estableciendo metas y planes concretos a corto, mediano y largo plazos, en el marco de un proyecto educativo y de salud en Medicina Preventiva de cambio.
- Transformación total y radical del sistema de salud. Reconstruir la rectoría del Estado y realizar una reingeniería total del Ministerio de Salud. Establecer roles y responsabilidades en el nuevo modelo de gestión de salud de los municipios, consejos provinciales, juntas parroquiales, organizaciones sociales públicas y privadas, organizaciones de padres de familia y estudiantes hacia una Política Nacional de Salud.
- Profundización de una línea de responsabilidad social en los medios de comunicación y su integración activa a un proceso de aprendizaje en Medicina Preventiva colectivo sustentado en la práctica de valores y en el apoyo al proyecto nacional.

- Los gobiernos son cada día más débiles para atender al mayor y creciente número de la población en general y en particular en los ancianos, siendo imperativo el constituir políticas permanentes de Estado en el campo social, económico y político.
  
- Es necesario que se cumpla con la Ley y se obliga a considerar la asistencia integral en Medicina Preventiva a las personas ancianas, cuya finalidad principal ha de consistir en que el anciano siga siendo un miembro integrante de la sociedad, reconociendo que la vejez no es una enfermedad, sino un ejercicio de un derecho innato de todo individuo humano.
  
- Cumplimiento de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que proclamó el principio de bienestar y la seguridad para los desempleados, los enfermos, los inválidos, los viejos y los desvalidos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Amery B, Hansson L, Lindholm L et al."Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old patients with Hypertension". (STOP Hypertension). Lancet, 1991; 338:1281-1285.
- 2) Bagnoud FX. Health and human rights. BMJ; 312:924-925.
- 3) Beauvoir S. La vejez. Barcelona: Edhasa, 1983:675-676.
- 4) Bermejo Pareja F. Estrategias para la prevención y tratamiento de los trastornos de memoria en el anciano. En Tolosa E, Pastor M. Trastornos de la memoria en el anciano. Madrid. Ediciones Diaz de Santos.1993:1-17.
- 5) Bellatoni MF, Blackman MR. Osteoporosis: Diagnóstico precoz y su papel en la medicina actual. Modern Geriátricas (Ed. Española) 1989; 1:23-27.
- 6) Blazer DG. Síndromes depresivos en geriatría. Barcelona. Ediciones Doyma, 1984.
- 7) Butler NB: Depresión tardía: un diagnóstico difícil. Modern Geriatrics.1997; 9(6): 159-162.
- 8) Caballero García FJ, Caballero García JC, Espina Gayubo FJ, González Sanz A, Goicoechea Boyero J. Estado de salud oral en ancianos institucionalizados. Rev. Es Geriatr Gerontol 1990; 4:198-202.
- 9) Creditor MC. Hazards of Hospitalization of the Elderly. Ann Intern Med.1993; 118:219 223.
- 10) Comfort A. El placer de amar. Barcelona: Ed. Blume, 1980:213-215.
- 11) Cid Sanz M. Editorial. Consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el anciano. Moderna Geriatrics. 1997; 9(3):61-62.
- 12) Chasco Perramon C. Malos tratos en el anciano. Geriátrica. 1996; 12(4): 51-52.

- 13) Evans DA, Funkenstein HH, Albert MS. Prevalence of Alzheimers disease in a community population of older persons higher than previously reported. JAMA 1989; 262:2551-2556.
- 14) Editorials. Health care for older people. JAMA.1996; 275(18):1449-1450.
- 15) Fletcher SW. Examen periódico de salud. En: Dornbrand L, Hoole DJ, Fletcher RH, Pickard CG. Manual de Medicina Ambulatoria. Barcelona: Salvat Editores, 1987:599-602.
- 16) Garry PJ et al. Nutritional status in healthy elderly popylation: dietary and supplemental intake. Am J Clin Nutr. 1982; 32:319-331.
- 17) González Montalvo Ji, Alarcón Alarcón MT, Salgado Alba A. Medicina preventiva en las personas mayores. Medicine. 1995; 6(87):3854-3861.
- 18) García Páez JM, Segovia Martínez de Munguia F. Medicina preventiva en el paciente geriátrico. Bases generales. Profesión Médica 1989; Abril: 15-20.
- 19) Gayán Laviña R y cols. Fibrilación auricular no reumática y tratamiento antitrombótico: estado actual. Rev Clin Esp.1995; 195(8):559-564.
- 20) González Quintela A, Vidal Pan C.Gripe. En: Martín Martín F. Medicina Interna en el paciente geriátrico. Madrid: Ed. SANED SA.1989; XII: 134-139.
- 21) Garay Lillo J. Calidad de vida. Geriatrka.1996; 12(4):35-43.
- 22) Garcillan Izquierdo R, Rioboo García R. Prevención bucodental en el anciano. Rev Esp. Geriatric Gerontology 1996; 31(2):95-105.
- 23) Hurley JR. Enfermedades tiroideas en el anciano. Clínicas Médicas de Norteamérica (Ed. Española). Madrid: Ed. Interamericana. 1983.
- 24) Haggerty JH, Gonden RN, Evans AL, Janowsky DS. Diagnóstico diferencial de la pseudodemencia en el anciano. Modern Geriatrics (Ed. Española) 1989; I: 68-74.

- 25) Kattlove H, Liberati A, Keeler E, Brook RH. Benefits and costs of screening and treatment for early breast cancer. *JAMA*.1995; 273(2):142-148.
- 26) Lachs MS, Fulmer T. Diagnóstico de maltrato y abandono. En *Cuidados de urgencia. Clínicas de Medicina Geriátrica*.1993; 3:751-762.
- 27) Lázaro de Nogal M. Abusos y malos tratos en el anciano. En Ribera Casado JM, Gil Gregorio P. *Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Clínicas Geriátricas. Editores Medicos*.Madrid.1995:155-171.
- 28) Lindsay R. Osteoporosis: prevención y tratamiento. *Modern Geriatrics (Ed. Española)* 1989; 1:284-287.
- 29) Lazaro del Nogal M. Abusos y agresiones sexuales en los ancianos. *Rev Esp. Geriatric y Gerontology*. 1995; NM 2:43-47.
- 30) Lobo A, Monton C, Campos R, Garcia-Campayo J, Pérez Echeverría MJ y el GZEMPP. Detección de morbilidad psíquica en la práctica medica. El nuevo instrumento E.A.D.G. Ediciones Luzan.1994.
- 31) Manzano Arroyo P. Diabetes Mellitus. En Martin Martin F. *Medicina Interna en el Paciente Geriátrico*. Madrid: SANED, 1989; 1:114-140.
- 32) Monton C y cols. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*. 1993; 12(6):345-349.
- 33) Orero A, Marín MT, Rodríguez ML, González J. Calidad de vida, calidad de tratamiento. *JANO*.1996; 1176:61-66.
- 34) Paganini-Hill A, Chao A, Ross RK, Henderson BE. Exercise and other factors in the prevention of hip fracture: The Leisure World Study. *Epidemiology* 1991; 1:16-25.
- 35) Pfefer RI, Afifi AA, Chance JM. Prevalence of Alzheimer's disease in a retirement community. *Am J Epidemiology* 1987; 125:420-436

- 36) Paganini-Hill A, Chao A, Ross RK, Henderson BE. Exercise and other factors in the prevention of hip fracture: The Leisure World Study. *Epidemiology* 1991; 1:16-25.
- 37) Paganini-Hill A, Henderson VW. Estrogen deficiency and risk of Alzheimer's disease in women. *Am J Epidemiol.*1994; 140(3):256-261.
- 38) Redforf JB. Prevención de las caídas en los ancianos. *Tiempos Médicos*, 1991; 432:6-14.
- 39) Ribera Casado JM, Lázaro del Nogal M. Lípidos y vejez. *Medicine.*1992; 6: 55-62.
- 40) Skarin A. Cancer in the elderly. En: Walshe TM. *Manual of clinical problems in geriatric medicine.* Boston: Little Brown, 1985.
- 41) Sánchez Perruca L, Abril García A, Moreno Sarmiento A, Martín Del Moral M, Civeira Murillo JM. Estudio epidemiológico y clínico del síndrome depresivo en la edad geriátrica. *Rev Esp. Geriatric Gerontology* 1988; 1:13-17.
- 42) Silagy CA et al. The Pace Pilot Study: 12-month results and implications for future primary prevention trials in the elderly. *J Am Geriatric Soc* 1994; 42:643-647.
- 43) Small EJ. Prostate cancer: Who to screen and what the results mean. *Geriatrics.*1993; 48:28-38.
- 44) Schoenberg BS, Kokmen E, Okazaki H. Alzheimer's disease and other dementing illnesses in a defined United States population: incidence rates and clinical features. *Ann Neurol* 1987; 22:724-729.
- 45) Vellas B, Delgado Rabadá A, Dueso Parache A, Alvarez JL. Prevención de las caídas en el anciano. *Rev. Esp Geriatr Gerontol* 1987; 2:111-120.
- 46) Wolf-Klein G. Exámenes de rutina en el anciano: Cuales debemos hacer? *Modern Geriatrics (Ed. Española)* 1990; 2:183-188.

## **CARTA DE AUTORIZACIÓN.-**

Yo, Harvey Rivadeneira Galeano, Egresado de Diplomado del III Curso Superior de Alta Gerencia, Faculto a las Autoridades del Instituto de Altos Estudios Nacionales, la utilización de la presente Monografía de Medicina Preventiva, con énfasis en el anciano, a utilizar como material de estudio académico en la Institución.

Quito, Junio del 2007.

Dr. Harvey Rivadeneira Galiano MD.