Tesis de Maestría en Gerencia y Administración de Servicios de Salud

LA FISIOKINESIOTERAPIA EN EL DOMICILIO UNA NECESIDAD SANITARIA PARA ENFRENTAR EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

Autora: Lic. Marisa Sonia Larregle

Director: Dr. Roberto Tafani

Córdoba, República Argentina, 2015

TRIBUNAL DE TESIS:

Prof. Mgter. Maria N. BORSOTTI

Prof. Mgter. Rubén CASTRO TOSCHI

Prof. Mgter. Yamil Salma FAIAD

DEDICATORIA: **a mi Madre**
a los Adultos Mayores

Agradecimientos:

A la Escuela de Salud Pública de la UNC por la oferta educativa.
A los profesores por su academia.
A los profesionales fisioterapeutas, médicos y a los familiares de pacientes que accedieron a ser encuestados siendo esta una importantísima colaboración.
A los representantes de Colegios, directivos de las Escuelas formadoras de Profesionales y representantes del Sector Privado que me dieron una entrevista.
A Gabriela que me incentivó a realizar el post grado.
A mis hijos que me marcaron el rumbo.
A mi esposo que me alentó y acompañó en cada momento del desarrollo de esta tesis.

Art.23- Ord. Rectoral 3/77 "La Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor"

INDICE

Resumen.	1
Planteamiento de problemas.	5
Objetivos.	6
Marco teórico.	7
Capítulo I.	7
El envejecimiento poblacional y la demanda de atención sanitaria.	7
Principales enfermedades crónicas que afectan a las personas ancianas en todo el mundo y la intervención del fisioterapeuta.	15
El perfil del fisioterapeuta.	18
Iniciativas de la comunidad mundial para enfrentar y dar respuesta a un fenómeno demográfico que tiene connotaciones económicas, políticas, sociales y culturales.	19
Capítulo II.	24
Formación y capacitación profesional.	24
Plan de formación Nacional Provincial y Municipal.	33
Capítulo III.	38
Indicadores de gestión.	38
Problemas con la prestación de servicios.	40
La interrelación entre funciones políticas, administrativas y el reto en las prestaciones de servicios de salud.	47
Metodología.	53
Resultados.	56
Discusión.	81
Conclusiones.	86
Recomendaciones.	88
Anexo I.	89
Anexo II.	92
Anexo III.	95
Bibliografía.	98

RESUMEN

Las transformaciones demográficas son parte del proceso de cambio social y económico que ha experimentado el mundo a lo largo de las últimas décadas. Sin dudas, estas transformaciones implican cambios cualitativos en las modalidades en que se organizan las sociedades. Esto impone la necesidad de tomar medidas para responder a los cambios en el perfil epidemiológico asociados a una población que envejece. La posibilidad de las personas mayores de envejecer en sus domicilios en situaciones de dependencia, supone abordar este fenómeno de una manera multidimensional. Las intervenciones de rehabilitación en el hogar sugieren que esta práctica podría ser una herramienta clínica de bajo costo para retrasar el deterioro funcional y mejorar o mantener la calidad de vida de los adultos mayores. Es importante destacar que existe en el mundo una necesidad imperiosa de ampliar las oportunidades educacionales en geriatría y gerontología para todos los profesionales de la salud que atienden a personas de edad. Sin embargo, persisten enormes discrepancias en la utilización de servicios que no se traducen en resultados positivos en términos de salud.

Todo ello conlleva a una serie de consideraciones que dieron origen al objeto de este estudio.

La investigación se centró en el servicio de fisiokinesioterapia a domicilio, del cual no se tiene información sobre cómo es la demanda, cuál es la dinámica de su aplicación y sus implicaciones en el contexto en que se desarrolla.

Otro punto de análisis fue en conocer cuál es la oferta educativa en Geriatría y Gerontología y cuál es el acceso a ella de los profesionales que forman parte de los equipos de salud que brindan atención a los adultos mayores en la ciudad de Córdoba, Argentina.

También se orientó la investigación en la búsqueda de indicadores de gestión que permitan identificar la existencia de una planificación del servicio con un diseño organizativo basado en la información.

El presente trabajo trata de un estudio retrospectivo descriptivo que analiza una base de datos de 4075 pacientes adultos mayores de 60 años, de ambos sexos, quienes recibieron en total 100.860 sesiones fisiokinésicas a domicilio durante los años 2010, 2011 y 2012. Por otro lado, un estudio de corte transversal, incluye 219 encuestas a profesionales médicos, fisioterapeutas y familiares de pacientes y cuenta con la información obtenida de entrevistas a representantes de entidades Educativas, Colegios Profesionales y otros actores sociales, todas ellas realizadas en la ciudad de Córdoba Capital, República Argentina.

Se observaron y describieron las iniciativas de la comunidad mundial para enfrentar y dar respuesta a un fenómeno demográfico que tiene implicancias económicas, políticas, sociales y culturales.

Se pudo constatar un significativo aumento de la demanda en la fisioterapia y kinesioterapia a domicilio durante el período analizado.

Se comprobó que se encuentran disponibles en la Ciudad de Córdoba ofertas educativas de post grado, aunque no se identifican profesionales fisioterapeutas que prestan servicios a los adultos mayores con formación en esta especialidad.

No se observa planificación en los procesos de gestión relacionados con el propósito y los objetivos del servicio que garanticen oportunidad, calidad y resultados de ganancia en salud.

SUMMARY

The demographic transformations are part of the process of social and economic change that has experienced the world over the past decades. Undoubtedly, these transformations involve qualitative changes in the ways in which societies organize themselves. This imposes the need to take measures to respond to changes in the epidemiological profile associated with an aging population. The possibility of older people to age in their homes in dependency status, supposed to address this phenomenon in a multidimensional way. The interventions of home rehabilitation suggest that this practice could be an inexpensive clinical tool to delay functional decline and improve or maintain the quality of life of older adults. It is noteworthy worldwide the urgent need to expand educational opportunities in geriatrics and gerontology for all health professionals who care for older persons. However, large discrepancies remain in the use of services that do not lead to positive results in terms of health.

All this leads to a number of considerations that gave rise to the subject of this study.

The present research focused on physio-kinetics service at home, of which there is no information on how it is the demand, what is the dynamics of its application and also which are the implications in the context in which it takes place.

Another analysis focused on understanding which is the educational offer in Geriatrics and Gerontology and what is the access to it from the professionals that take part of the health teams that provide care to the elderly in the city of Córdoba, Argentina.

Research is also focused on the pursuit for indicators of management to identify the existence of a service planning an organizational design based on the information.

This is a descriptive and retrospective study, consisting of analyzes from a database of 4075 elderly patients aged 60 years, of both

sexes. They received in total 100,860 physio-kinetics sessions at home during the years 2010, 2011 and 2012.

On the other hand, a cross-section study included 219 surveys to medical professionals, physiotherapists and family of patients. That information was obtained from interviews with representatives of educational institutions, professional associations and other social actors, all of which took place in the city of Cordoba Capital, Argentina.

There were observed and described initiatives from the world community to address and respond to a demographic phenomenon that has economic, political, social and cultural implications.

It was found a significant increase in the demand for the physio-kinetics therapy at home during the period analyzed.

It was established that there are available in the City of Córdoba post graduate educational offerings, although professional therapists who provide services to older adults with training in this specialty are not identified.

No planning is observed in the management processes related to the purpose and objectives of service that ensure opportunity, quality and outcomes of health gain.

Planteamiento de problemas

1. Se desconoce si el proceso del envejecimiento y la probabilidad de padecer enfermedades crónicas en los adultos mayores (AM) han producido un aumento de la demanda de atención sanitaria de fisioterapia y kinesiología (FKT) a domicilio, para la atención de este grupo etario en la ciudad de Córdoba Capital, República Argentina.

2. No se cuenta con datos acerca de cuántos de los profesionales médicos y fisioterapeutas que atienden a nuestros adultos mayores han accedido a la capacitación profesional en geriatría y gerontología, de la que mundialmente se reconoce que existe una formación incompleta. Tampoco se tienen datos sobre si se han incorporado en la curricula de las escuelas formadoras contenidos adaptados a los nuevos paradigmas que contemplen esta etapa del ciclo vital con una visión interdisciplinaria.

3. No se conoce como es la utilización de los recursos disponibles para la satisfacción de las demandas de las prestaciones FKT a domicilio, cómo se miden y evalúan, ni cómo es la dinámica organizativa de la gestión.

OBJETIVOS

I. Analizar y describir el comportamiento de la demanda de prestaciones FKT a domicilio de un grupo de AM que recibieron la atención durante el año 2010, 2011 y 2012 en la ciudad de Córdoba, República Argentina.

II. Investigar el tipo y grado de formación académica de los profesionales fisioterapeutas y médicos que intervienen en la asistencia de los AM en la ciudad de Córdoba, República Argentina. Buscar información acerca de la oferta educativa disponible como formación de grado y post grado en el medio en donde estos profesionales desarrollan su profesión.

III. Identificar indicadores del proceso de gestión de la prestación FKT a domicilio, acciones de coordinación, planificación, objetivos y la dinámica aplicada para la mejora continua.

MARCO TEORICO

CAPITULO I

EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y LA DEMANDA DE ATENCIÓN SANITARIA

Las transformaciones demográficas son parte del proceso de cambio social y económico que ha experimentado el mundo a lo largo de las últimas décadas y dan curso a estructuras por edades completamente distintas de las que prevalecían hasta mediados del siglo pasado. Estos cambios han ido ocurriendo de forma tal que se han enmarcado en las grandes líneas que definen el proceso de transición demográfica. Sin dudas, estas transformaciones implican cambios cualitativos en las modalidades en que se organizan las sociedades y al mismo tiempo sirven de marco a los cambios culturales y económicos que han acompañado a este proceso.

La transición de una etapa de alta mortalidad y fecundidad a otra de valores más bajos tiene como precedente histórico lo sucedido en Europa a partir de la revolución industrial en el siglo XVIII. Sin embargo, mientras en los países desarrollados el proceso abarcó dos siglos, en América Latina la situación evoluciona muy aceleradamente. Las diferencias con el modelo europeo se vinculan al contexto histórico, las condiciones sociales y económicas, los avances de la investigación médica y en el control de las enfermedades, y la seguridad de los medios de planificación familiar. (CEPAL, 2003)

La población mundial está envejeciendo rápidamente, entre 2000 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad se duplicará, ya que pasará de aproximadamente el 11% al 22%. Se espera que el número de personas de 60 años o más aumente de 605 millones a 2000 millones en ese mismo período. El

número de personas de 80 años o más se cuadruplicará entre 2000 y 2050: En 2050 habrá en el mundo cerca de 400 millones de personas con 80 años o más. Por primera vez en la historia, la mayoría de los adultos de mediana edad tiene a sus padres vivos. La esperanza de vida se ha elevado situándose hoy al filo de los 80 años para el sexo femenino originándose así un verdadero «envejecimiento del envejecimiento» (Robles Raya, M.J. y col., 2009)

A esta situación mundial compleja se le suman tres grandes transiciones globales: los cambios demográficos, los epidemiológicos y de redistribución de la carga de la discapacidad. Por lo tanto, para hacer frente a las grandes amenazas de la salud mundial (el envejecimiento de la población, trastornos de salud mental, las patologías crónicas, y las enfermedades no transmisibles) se sugiere un cambio profundo y global en los sistemas de salud, recomendando la necesidad de una reevaluación continua de las competencias profesionales, el trabajo en equipo, los cambios de roles, y las innovaciones en el aprendizaje de la salud. (Nigel Crisp, M.A et al., 2014)

El crecimiento de la población se ha desacelerado en todos los países de las Américas, al mismo tiempo que la proporción de personas mayores de 60 años aumenta progresivamente. Esto impone la necesidad de tomar medidas para responder a los cambios en el perfil epidemiológico, asociados a una población que envejece. (Declaración de los Ministros y Secretarios de Salud de las Américas, 2007)

Se entiende por envejecimiento de una población el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de los individuos (personas mayores de 65 años/total población), que habitualmente se expresa en forma de porcentaje. Cabe destacar que se consideran adultos mayores a las personas de más de 60 años, cuando éstos viven en países en vías de desarrollo, y más de

65 años a los que viven en países desarrollados. Si bien la edad parece ser el criterio más apropiado para delimitar el envejecimiento, la determinación de un valor numérico preciso estará siempre sujeta a arbitrariedades de las que se conocen varios significados, tales como edad biológica, edad psicológica, edad social, edad cronológica.

Estos planteamientos hacen que se consideren las diferencias entre vejez y envejecimiento. (FIAPAM, 2010)

La vejez (deriva del latín *veclus, vetulus,* que significa persona de mucha edad) es una etapa del ciclo de vida del ser humano que se inicia desde el nacimiento hasta su muerte y aunque mucho se ha hecho para detenerla, no existe tecnología que pueda mantener vivo eternamente el cuerpo humano, solo puede mantenerse más activo y saludable en el tiempo pero, cuando inexorablemente se llega a ella, socialmente se denomina persona de edad, adulto mayor, de tercera edad, viejo, geronte, abuelo, anciano, entre otros.(FIAPAM, 2010)

El envejecimiento, por su parte, es un fenómeno que se evidencia con el aumento del porcentaje de personas mayores frente a la población total. El problema del envejecimiento de la población se refiere a un fenómeno de carácter demográfico, que en buena medida es el fruto de los éxitos económicos, sociales y sanitarios que han conseguido alargar la vida de las personas; parece lógico pensar que con nuestro propio éxito hemos creado un problema. El envejecimiento ha generando una alarma social, el proceso de rápido envejecimiento de la población plantea nuevos desafíos para el sistema de salud. La provisión de servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación, y las demandas de tales servicios, se estima se intensificarán con el continuo aumento del número y proporción de adultos mayores en la población. (FIAPAM, 2010)

El fenómeno del envejecimiento de la población, debe ser entendido no solo como un cambio estadístico demográfico, sino como una profunda transformación de la sociedad, porque involucra aspectos tan variados y complejos, que obligan a replantear desde las relaciones familiares, necesidades culturales y materiales, desafiando las capacidades estructurales y funcionales de todos los agentes sociales involucrados. (Olivares, P. y col., 2007)

La denominada *expectativa de vida* ***activa*** estipula el promedio de años a vivir libre de incapacidad a partir de una edad determinada. Existen estudios que indican que dos tercios de lo que esperan vivir los mayores de 65 años lo harán en buenas condiciones, sin estar sometidos a limitaciones; con alta probabilidad de que el tercio restante presente algún tipo de discapacidad, sobre todo a mayor edad, y esto afecta principalmente a las mujeres que tienen mayor expectativa de vida. Por lo tanto, un aumento en la expectativa de vida incluye años activos y años dependientes, siendo un debate importante en gerontología si el aumento de la esperanza de vida lleva un aumento de los años de independencia, popularizándose el concepto de compresión de la morbilidad. La prolongación de la esperanza de vida activa es, sin duda, el gran reto de la medicina geriátrica. (Robles Rayas,M.J. y col., 2009)

Se reconoce que por más activas y sanas que se conserven después de los 60 años, llega un momento en el que las personas mayores comienzan a estar débiles y perder autonomía. Es posible que las necesidades de apoyo estén relacionadas con actividades cotidianas, como el cuidado personal, el acceso a la asistencia y las modificaciones en el hogar. Aún entendiendo que la institucionalización puede ser adecuada en algunos casos, la tendencia apunta a que muchas de las personas que requieren cuidados prefieren una atención en el domicilio que ser geriatrizados, ya que la calidad de vida puede ser mejor teniendo en

cuenta los aspectos sociales y psíquicos además de los físicos. (Paz Lourido, B., 2009).

El envejecimiento, es un proceso fisiológico normal irreversible que traduce una serie de cambios biológicos psicológicos y funcionales que lenta y progresivamente afectan la adaptabilidad de la persona a su entorno físico, ambiental y social aumentando la vulnerabilidad del individuo, exponiéndolo a la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas, que menoscaban su salud y calidad de vida. (Olivares P. y col., 2007)

La necesidad de atención de larga duración está aumentando, se prevé que de aquí a 2050 el número de personas de edad que no pueden valerse por sí mismas se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchas de las personas de mayor edad pierden su capacidad de vivir de forma autónoma debido a su limitada movilidad, su debilidad u otros problemas de salud físicos o mentales. Además necesitan una atención de larga duración, como servicios de enfermería y fisiokinesiología en el domicilio y atención sanitaria comunitaria, residencial y hospitalaria.(OMS, 2012)

El perfil epidemiológico del adulto mayor muestra una población con un predominio de las enfermedades de tipo crónico, degenerativas y en algunos casos discapacitantes, tumores, abuso y violencia. Cabe mencionar que la morbilidad no presentó una variación en las patologías, con un predominio de las enfermedades cardiovasculares, endocrinas metabólicas y nutrición, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral, demencias entre otras.

Las actividades instrumentales de la vida diaria son más complejas y requieren un mayor nivel de habilidad para ser ejecutadas (comprar, cocinar, lavar la ropa, limpieza de hogar, usar teléfono, usar dinero, usar transporte público, tomarse la medicación) muchos autores han sugerido que las actividades instrumentales podrían ser utilizadas

como indicadores de riesgo de discapacidad y, por lo tanto, serían marcadores de fragilidad. (Robles Rayas, M.J. y col., 2009)

Evaluados los ancianos con estos indicadores podemos encontrarnos con ancianos sanos (se trata de personas de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable), ancianos enfermos (ancianos sanos con una enfermedad aguda), ancianos frágiles (ancianos que conservan su independencia de manera precaria y que se encuentran en situación de alto riesgo de volverse dependiente) y ancianos dependientes, en este último grupo están aquellos pacientes de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social. En otras palabras "el paciente se ha vuelto dependiente y con discapacidad". (Robles Rayas, M.J. y col., 2009)

La posibilidad de las personas mayores de envejecer en sus domicilios a medida que el proceso de envejecimiento continúa, y en el que se pueden presentar o no enfermedades o situaciones de dependencia, supone abordar este fenómeno de una manera multidimensional.

La atención domiciliaria de esta población es alternativa a su institucionalización, por lo que interesa conocer sus características sociodemográficas, clínicas y de utilización de recursos sanitarios para responder a sus necesidades reales.

La fisiokinesioterapia en domicilio, parece ser un poco más eficaz y más eficiente que los recursos de la asistencia en hospitales de día y debería ser el método preferido de rehabilitación para la reinserción social de los pacientes.(Young, J.B., and Foster, A., 1992).

El seguimiento de la atención de fisioterapia en el domicilio puede permitir el análisis de un escenario complejo donde se articulan los intereses y expectativas tanto de las familias como de otros

profesionales de ciencias de la salud y sociales. Muchas personas con discapacidad están excluidas de la toma de decisiones en cuestiones que afectan directamente a su vida. No pueden decidir y controlar cómo se les preste apoyo en sus hogares. (OMS, 2011)

Los adultos mayores tienen más probabilidad de padecer enfermedades crónicas que por encima de los 70 años producen invalidez. Esta situación conlleva mayor carga de atención por parte del Sistema de Salud a estas personas. (Gálvez Romero C., y col. 2007)

El cinco por ciento de la población mayor de 65 años, no pueden salir de su hogar. Disfunciones musculo esquelética y muchos trastornos neuromusculares son la causa principal de estar confinado a su casa. Muchos de ellos podrían ser ayudados con la modificación del ambiente del hogar y la terapia física. (Liang MH; et al., 1983)

Intervenciones de rehabilitación en el hogar muestran que con su aplicación se extendió la supervivencia y los resultados sugieren que la intervención podría ser una herramienta clínica de bajo costo para retrasar el deterioro funcional y la mortalidad. (Gitlin LN; et al, 2009).

En las primeras mediciones de la salud de las poblaciones, solo se estudiaban la mortalidad, expresada mediante años potenciales de vida perdidos, tasa de mortalidad infantil, o esperanza de vida al nacer. Se analizaban solo las principales causas de muerte, ignorando una importante cantidad de mala salud capaz de provocar discapacidad o morbilidad, hoy en la agenda de los países preocupados por este fenómeno.

Las diferencias de género en la longevidad, una de las características principales del envejecimiento demográfico, han llevado a una feminización de la tercera edad, es decir, la tercera edad está cada vez más dominada por los problemas de las mujeres mayores. (Olivares P. y col., 2007)

Sin embargo, aunque las mujeres sufren mayores cargas de morbilidad y discapacidad, los hombres tienen una menor esperanza de vida y mueren antes. La esperanza de vida del hombre sigue siendo en promedio 5 a 8 años más corta que la de la mujer en la mayoría de los países desarrollados. (Olivares P. y col., 2007)

PRINCIPALES ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE AFECTAN A LAS PERSONAS ANCIANAS EN TODO EL MUNDO Y LA INTERVENCION DEL FISIOTERAPEUTA

• ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: Los fisioterapeutas son expertos en la programación de actividad física y ejercicios terapéuticos. Invertir en programas de ejercicio o actividad física de calidad dirigido a la población mayor a través de profesionales calificados con amplio dominio de estos temas, puede generar un ahorro considerable para la sanidad del país y disminuir costos por consecuencias de estas patologías. (Landinez Parra, N.S. y col.,2012)

• HIPERTENSIÓN: Influir sobre la prevención de factores de riesgos como la reducción de peso, la restricción de sodio, alcohol y la práctica de ejercicio moderado disminuye los riesgos de sufrir hipertensión. Este último en el adulto mayor puede estar limitado por enfermedades reumáticas o neurológicas. (Segundo Consenso Uruguayo de H.A., 2000)

• ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: Resultados de estudios sugieren que, los factores contextuales, los ambientales o personales, se consideran de gran importancia para los miembros del equipo interdisciplinario y se tienen en cuenta, cuando se trabaja en el entorno familiar la rehabilitación de los pacientes después de un ACV. Los factores contextuales detectados en el entorno del hogar dieron información valiosa a los miembros del equipo, que utilizaron la información en sus estrategias para ayudar a los pacientes a encontrar continuidad en su vida diaria y para vincular el pasado con el presente y el "nuevo cuerpo" al "viejo cuerpo." (Wottrich A.W. et al., 2007)

La fisioterapia en la casa parece ser un poco más eficaz y más eficiente que los recursos de la asistencia en hospitales de día y debería ser el método preferido de rehabilitación para la reinserción

social de los pacientes con ACV. Se necesitan nuevas estrategias para hacer frente a la función psicosocial para pacientes y cuidadores. (Young J.B. et al., 1992)

• DIABETES: En el adulto mayor las complicaciones que provoca esta enfermedad requiere la presencia del profesional fisioterapeuta en el proceso de rehabilitación de amputaciones, neuropatías, secuelas de ACV, etc., que demanda tratamientos oportunos. Ellos permiten al paciente su reinserción en las actividades de la vida diaria evitando la postración y complicaciones mayores.

• CÁNCER: La Fisioterapia desempeña un papel fundamental en el cuidado de las personas afectadas por cáncer. Una vez diagnosticados nos encontramos con un proceso de larga evolución. Tanto durante los tratamientos como una vez finalizados estos, desde la fisioterapia se pueden aplicar técnicas que ayudarán a resolver secuelas y a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Mejorar la cicatriz, normalizar el recorrido articular y el equilibrio de los músculos afectados son los principales objetivos. Debemos hacer una mención especial al cáncer de mama, el tumor más frecuente en mujeres, el linfedema es una complicación frecuente en este tipo de cáncer que es tratado eficazmente con drenaje linfático por los fisioterapeutas.

• ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: Actualmente a la Fisioterapia Respiratoria la definiríamos como un conjunto de técnicas de tipo físico y soporte educacional, que junto al tratamiento médico, pretenden mejorar la función ventilatoria y respiratoria del organismo, la calidad de vida y el bienestar físico. La fisioterapia alivia la disnea y la fatiga y mejora el sentido del control de la enfermedad por parte de los pacientes. Estas mejorías son importantes y clínicamente significativas. El beneficio de la rehabilitación pulmonar en el paciente con EPOC consiste en mejorar la calidad de vida, tolerancia al ejercicio y disminuir la disnea. (Ingles Nobel, M.M., 2010)

• ENFERMEDADES MUSCULO ESQUELÉTICAS: la artrosis produce un gran impacto social y personal en la función del paciente y en su desenvolvimiento comunitario. Entre todas las terapias físicas, el ejercicio tiene la evidencia más fuerte de aportar efectos beneficiosos. El fin del tratamiento fisioterapeutico es reducir las limitaciones de movilidad, fuerza flexibilidad y dolor; proteger las articulaciones y mantener la función. El rehabilitador tiene como tarea fundamental identificar la discapacidad y educar al paciente y a su entorno para que contribuya a prevenirla y tratarla. La inactividad es nefasta, física y funcionalmente. Produce atrofia, comorbilidad, pérdida de la independencia y desinsercion social. Se ha demostrado eficacia aun en los tratamiento realizados en el domicilio, donde deberán proseguirse continuamente.(Peña Arrebola, A., 2003)

• ENFERMEDADES MENTALES: Principalmente, demencia y depresión. Aunque los beneficios cognitivos del estilo de vida fisicamente activo parecen relacionarse al nivel de actividades físicas regular cumplido durante toda la vida, podemos pensar que para una "reserva" cognitiva, nunca es tarde para empezar un programa de ejercicios físicos. De esta forma el uso del ejercicio físico como alternativa para mejorar la función cognitiva parece ser un objetivo a ser alcanzado.(Antunez H.K.M.,y col.,2006)

• CEGUERA Y ALTERACIONES VISUALES: Estas discapacidades ya sean adquiridas o secuelares de otras enfermedades llevan al anciano al aislamiento, depresión y a la inactividad. Un programa de rehabilitación integral e integrador puede acercarlo a la familia y a la sociedad.

EL PERFIL DEL FISIOTERAPEUTA

Se impone disponer de un fisioterapeuta dotado de los conocimientos más elementales sobre las características clínicas y psicofuncionales del anciano, con vista a que su acción sea positiva en el logro y mantenimiento de la independencia funcional. El fisioterapeuta debe sentir profundo amor y devoción por lo que hace, inspirar confianza, respeto por todos y desarrollar el máximo de esfuerzos por alcanzar la cooperación del paciente en función de su rehabilitación; sus iniciativas constantes y enriquecedoras deben motivarle sistemáticamente hacia la búsqueda de soluciones para los problemas que se presenten y celebrar juntos los éxitos que se alcancen. El paciente es el centro y principal actor de la rehabilitación. Los familiares, guiados por el fisioterapeuta y el resto del equipo médico, asumirán las tareas que les corresponden dentro y fuera del hogar para conseguir el máximo de independencia funcional de dichos pacientes. Para el logro de este objetivo, el fisioterapeuta debe establecer el plan de actividades a desarrollar en el hogar y evaluar cualitativamente su cumplimiento. Las tareas serán sencillas y de fácil comprensión por los ancianos y sus parientes. Lo más importante es enseñar al paciente cómo mantener su independencia y prevenir las discapacidades, además de indicar a la familia cómo cuidarlo correctamente y prepararlo para aplicar las técnicas adecuadas, con vista a conseguir una buena respuesta y cooperación para cumplir los objetivos del programa terapéutico. Desde el campo de la rehabilitación se espera lograr la satisfacción y calidad de vida que merecen los ancianos. (Rodriguez Diaz, O., 2009)

INICIATIVAS DE LA COMUNIDAD MUNDIAL PARA ENFRENTAR Y DAR RESPUESTA A UN FENÓMENO DEMOGRÁFICO QUE TIENE CONNOTACIONES ECONÓMICAS, POLÍTICAS, SOCIALES Y CULTURALES

- La Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento se llevó a cabo en Viena en 1982 y contó con la participación de numerosos países. El propósito de la misma fue servir de foro para iniciar un programa de acción internacional encaminado a garantizar la seguridad económica y social de las personas de mayor edad. En esta asamblea se designó el período de 1975 a 2025 como la era del envejecimiento. El mayor logro alcanzado en la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento fue la formulación del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, mejor conocido como el Plan de Viena de 1982.
- En la 52ª Asamblea Mundial de la Salud, recordando la resolución 53/109 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que alienta a todos los Estados, al sistema de las Naciones Unidas y a todos los demás interesados a que: al tratar de construir una futura sociedad para todas las edades, aprovechen el Año Internacional de las Personas de Edad (1999) para crear mayor conciencia del desafío que plantea el envejecimiento demográfico en las sociedades. Exhorta a todos los Estados Miembros a que muestren mayor preocupación, que apliquen medidas que aseguren el máximo grado de salud y bienestar que se pueda lograr en la población de ciudadanos de edad avanzada y a que apoyen la labor de la OMS en pro de un envejecimiento activo y sano. Que se promuevan nuevas fórmulas de colaboración multisectorial con organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales y con organizaciones benéficas para el fomento de un envejecimiento activo.

- Durante la Asamblea Mundial de Envejecimiento realizada en Madrid, en el año 2002, se redactó el Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento en el cual se realiza un llamamiento a la acción y se esbozan pasos para cambiar actitudes, políticas y prácticas relacionadas con el envejecimiento en todos los niveles y en diferentes sectores, de forma que las personas mayores permanezcan saludables, activas y productivas. En conjunto con la Asamblea de la Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó –en el año 2002- su Marco de Políticas sobre el Envejecimiento Activo que define al envejecimiento activo como el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad, de manera que se realce la calidad de vida a medida que se envejece.(FIAPAM,2012)

Seguimiento II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en América Latina.

- Los países de América Latina y el Caribe participantes en la Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento celebrada en Santiago de Chile, del 19 al 21 de noviembre de 2003
- La Reunión de Expertos sobre Envejecimiento-II Foro Centroamericano y del Caribe sobre Políticas para Adultos Mayores fue organizada por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE-División de Población de la CEPAL, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en coordinación con el Comité Nacional de Apoyo a los Programas de los Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de la Familia de la República de El Salvador, y tuvo lugar en San Salvador del 10 al 12 de noviembre del 2004.

- La Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento en Países de América del Sur fue organizada por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en coordinación con la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social y el Instituto Nacional de Servicios para Jubilados y Pensionados (PAMI) de Argentina. Tuvo lugar en Buenos Aires, Argentina, del 14 al 16 de noviembre de 2005.
- Guía metodológica para la evaluación participativa de políticas y programas, en el marco de la Estrategia Regional sobre el envejecimiento. Ha sido elaborada por el CELADE, en cumplimiento de lo solicitado por los países miembros de la CEPAL en la resolución 616 del XXXI período de sesiones de la Comisión, y se espera que a futuro sea ampliamente utilizada en el seguimiento y la evaluación de las acciones dirigidas a la población adulta mayor. La intención de esta publicación no es ofrecer una guía rígida de instrucciones, sino más bien constituirse en una fuente de ideas y de ejemplos prácticos que pueden ser utilizados por los países de la región para conducir el proceso de evaluación participativa de sus intervenciones en envejecimiento. (Huenchuan S.-Paredes, M., 2007).
- La segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe se realizó en Brasilia, del 4 al 6 de diciembre de 2007. De la misma surge la Declaración de Brasilia; Carta de Brasilia 2007 Foro Regional sobre Envejecimiento de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe

- Informe sobre la aplicación de la Estrategia regional de implementación para América Latina y El Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. Documento presentado por el Director de CELADE en el marco de la II Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento.
- I Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia (Río de Janeiro, 16-17 de septiembre de 2008).
- II Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia. Hacia una Convención sobre los derechos de las personas mayores (Buenos Aires, 21-22 de mayo de 2009)
- III Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia. Por los derechos de las personas mayores (Santiago de Chile, 5-6 de octubre de 2009).
- Propuesta de estrategia para avanzar, desde la perspectiva de América Latina y El Caribe, hacia una Convención Internacional sobre los derechos humanos de las personas de edad (CEPAL). Entre otros temas, este documento señala los argumentos que, desde la perspectiva de América Latina y El Caribe, justifican la aprobación de una convención internacional sobre los derechos de las personas de edad, así como los contenidos mínimos que esa convención debería incluir.
- Informe del Secretario General de Naciones Unidas de 22 de julio de 2011 (ONU). Este documento (elaborado en el marco del Seguimiento de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento), se centra en la situación de los derechos humanos de las personas de edad en todas las regiones del mundo.
- Del Compromiso a la Acción. Guía para el examen y la evaluación de la Declaración de Brasilia en América Latina y El Caribe. III Conferencia Regional Intergubernamental sobre

Envejecimiento (San José de Costa Rica, 9-11 de mayo de 2012). Guía diseñada con la finalidad de apoyar a los Estados miembros en el examen y evaluación de la implementación de los compromisos de la Declaración de Brasilia.

- Envejecimiento, solidaridad y protección social: la hora de avanzar hacia la igualdad (CEPAL. Documento preparado en ocasión de la celebración de la III Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento). En el documento se aportan elementos para el análisis de las perspectivas futuras del envejecimiento poblacional y su inclusión en la agenda pública, desde la propuesta de desarrollo que impulsa la CEPAL, denominada *"La hora de la igualdad"*
- Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores en América Latina y El Caribe (III Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y El Caribe). La Carta recoge las conclusiones y recomendaciones fruto de la III Conferencia Regional, celebrada entre el 8 y 11 de mayo de 2012 en San José de Costa Rica.
- Declaración de Tres Ríos. Declaración de la Sociedad Civil de América Latina y El Caribe sobre Envejecimiento (San José de Costa Rica, 6-8 de mayo de 2012).
- Presentaciones de la Primera reunión de seguimiento de la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe.
- Ulterior aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento, 2002. Informe del Secretario General de Naciones Unidas.

CAPITULO II

FORMACION Y CAPACITACION PROFESIONAL

Existe en todo el mundo una necesidad imperiosa de ampliar las oportunidades educacionales en geriatría y gerontología para todos los profesionales de la salud que atienden a personas de edad. Generar recursos humanos bien formados en estas disciplinas desde el pregrado garantizará que los futuros profesionales estén capacitados para cubrir las necesidades de esta población cada día más numerosa. Aplicar la inserción de contenidos en Gerontología y Geriatría en los cursos de graduación, así como estrategias para fomentar la integración de disciplinas y cursos en el cuidado de la salud para las personas mayores es un tema pendiente. (Segunda Asamblea de Envejecimiento, Madrid, 2002)

En el Informe de la reunión de Gobiernos y Expertos sobre envejecimiento en países de América del Sur celebrada Buenos Aires, Argentina, del 14 al 16 de noviembre de 2005 se manifestó que "Únicamente el 14% de las escuelas de medicina de América Latina y el Caribe tienen programas de geriatría, y menos del 2 por ciento de los programas de estudios avanzados en enfermería tiene personal docente de tiempo completo capacitado en enfermería geriátrica y que, con el ritmo de formación existente no sería posible cubrir las demandas de salud de las personas mayores".

" Para el 2010, dos tercios de los países de la región ya deberían haber incluido en sus planes nacionales de recursos humanos objetivos específicos para la educación continua en geriatría para médicos, personal de enfermería, farmacéuticos y especialistas en rehabilitación de tipo comunitario" (Informe de la reunión de Gobiernos y Expertos. Argentina, 2005)

En el mismo informe la consultora de la Organización Panamericana de la Salud habló acerca de la "Oferta de servicios integrales de salud para las personas mayores", manifestó que los servicios de

atención primaria de salud recibían una gran demanda de las personas mayores, equivalente a un tercio de las consultas médicas. Sin embargo, el personal de la salud no poseía los instrumentos ni los conocimientos para brindar prestaciones de salud adecuadas. (Informe de la reunión de Gobiernos y Expertos. Argentina, 2005)

La investigación en el ámbito educativo que acompañe los cambios curriculares y metodológicos puede incidir en una mejora de la calidad en la educación de profesionales de los equipos de salud.

La esperanza de vida se ha elevado paralelamente, situándose hoy al filo de los 80 años para el sexo femenino, originándose un verdadero «envejecimiento del envejecimiento», incrementándose así cada vez más la proporción del grupo de edad más avanzada con respecto al conjunto de la población envejecida.(Robles Raya, M.J. y col., 2009)

El hecho de considerar a la fisioterapia como un servicio no urgente, complementario o de lujo, resta valor a la disciplina e impide su acceso a la población. Tener en cuenta el valor académico de la especialidad en relación con la salud y la autonomía de la personas no se refleja en la priorización de este nivel de atención. (Paz Lourido, B., 2009)

La calidad de la formación y superación de los recursos humanos está en estrecha interrelación con la calidad de los servicios, ya que los procesos educacionales se fundamentan en la interacción de un principio de la educación superior: la combinación de la teoría con la práctica que se materializa en la educación en las instituciones, eje y fundamento de todos los procesos educativos. La calidad de un servicio parte del nivel de competencia y de desempeño de sus trabajadores en el cumplimiento de sus funciones laborales y sociales. La competencia de los trabajadores consiste en los conocimientos, las habilidades, actitudes, destrezas y juicios necesarios, así como en su organización, retención y empleo en la

práctica social, para poder dispensar servicios pertinentes, seguros y oportunos a la población. (Díaz Jiménez C. y col., 2011)

En la formación y la capacitación de los profesionales de la atención sanitaria, un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital ofrece posibilidades para mejorar la integración de las enseñanzas y preparar a los estudiantes de países tanto desarrollados como en desarrollo para que cumplan con sus responsabilidades en el siglo XXI. Un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital pone de relieve la perspectiva temporal y social, permite examinar retrospectivamente las experiencias de vida de una persona, de una cohorte o de varias generaciones para encontrar las claves de las características de su estado de salud o enfermedad, reconociendo al mismo tiempo que las experiencias tanto pasadas como presentes están determinadas por el entorno social, económico y cultural. En epidemiología, la perspectiva del ciclo vital se está utilizando para estudiar los riesgos físicos y sociales presentes durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la edad adulta joven y la edad madura que afectan al riesgo de contraer enfermedades crónicas y los resultados en salud. El objetivo es identificar los procesos biológicos, comportamentales y psicosociales fundamentales que intervienen a lo largo de la vida. Las ventajas de utilizar un modelo que abarque la totalidad del ciclo vital para estudiar la salud en la edad adulta es que ese modelo es interdisciplinario e integra explicaciones sociales y biológicas.

La atención de los mayores requiere, desde el campo de la salud, realizar acciones múltiples e integradas, y preparar recursos humanos y servicios, que ayuden a las personas a conservar el máximo tiempo posible la mayor autonomía. (Podesta, O.-Risso F.,2009)

La OMS insta a los países a fomentar la base de conocimientos sobre gerontología y medicina geriátrica a través de la investigación y los esfuerzos de educación. La investigación en fisioterapia

relacionada a las necesidades de las personas de la tercera edad es vital no solo debido al número cada vez mayor de personas de edad avanzada en todo el mundo, sino también por la tarea muy limitada que se ha emprendido hasta ahora. Es evidente que hay problemas grandes relacionados con la investigación específica de la fisioterapia en relación con el envejecimiento. Programas de acción e investigación de fisioterapia en la tercera edad, pueden conseguir recuperación de la salud y prevención del deterioro en las capacidades de las personas. Se puede examinar su impacto en tratamientos prolongados trabajados en interdisciplina, incluyendo cuidadores, de manera de proporcionar una fisioterapia eficaz, efectiva y eficiente mientras aporta datos sobre qué debe hacerse y qué grado de atención y formación se requiere. Reconocer cuando el problema quedo fuera del dominio profesional también es un aspecto importante a la hora de tomar decisiones para comenzar un tratamiento fisiokinésico. Debe reconocerse que la contribución de la fisioterapia en el adulto mayor cuando una discapacidad es irreversible puede reducir la proporción de minusvalía mediante un entrenamiento. (Podesta, O.-Risso F.,2009)

La fisioterapia se define como una disciplina sanitaria profesional dirigida principalmente hacia la prevención y el alivio de los trastornos del movimiento que pueden limitar el funcionamiento efectivo y eficaz de una persona. Para proporcionar un servicio de fisioterapia efectivo a las personas de la tercera edad, el fisioterapeuta necesita todos los conocimientos y técnicas relacionadas con la prevención, el alivio y el tratamiento de los trastornos del movimiento que requieren otros grupos de edad; pero también debe tener una compresión clara de las consecuencias psicológicas sociales y ambientales del proceso de envejecimiento. Es preciso tener presente el papel del fisioterapeuta en el fomento de la actividad física a lo largo de toda la vida para lograr una vejez más sana y más activa. Para esto se deben determinar estrategias

en vistas de una educación global futura y programas de formación basados en las necesidades que empiecen a responder a las demandas en aumento. Se requerirán técnicas y cambios innovadores para responder a las necesidades que tiene el número cada vez mayor de personas de la tercera edad de mantener sus funciones. (Podesta, O.-Risso F.,2009)

Numerosos países han puesto en marcha programas de educación sanitaria para las personas de edad avanzada con intervención de fisioterapeutas:

- Canadá tiene programas de participación que promueven un estilo de vida sano en el centro de Bycrest de North York que es supervisado por fisioterapeutas.
- Dinamarca tiene la figura del fisioterapeuta geriátrico que trabaja para la comunidad.
- En Hong Kong los fisioterapeutas trabajan en salas geriátricas, en atención a domicilio y en hospitales de día.
- En Japón un gran número de terapeutas trabajan fuera de los hospitales y tratan de atraer cada vez más gente a este tipo de tareas.
- En Nueva Zelanda existe el servicio domiciliario que además asesora a familias y cuidadores.
- En Noruega el fisioterapeuta intenta aportar a la educación de los cuidadores.
- En Sudáfrica la fisioterapia está contemplada como atención de apoyo.
- En el Reino Unido está ligada a la promoción de la salud en la tercera edad.
- En EE.UU. atiende mediante programas intensos de prevención. (Podesta, O.-Risso F.,2009)
- En Argentina las obras sociales brindan rehabilitación FKT a domicilio, y es una práctica nomenclada. Existen programas de cuidados domiciliarios que contemplan patologías crónicas

y cuidados paliativos con equipos interdisciplinarios que incluyen la participación del fisioterapeuta.(PAMI Resol.379/2008)

La vejez no es sinónimo de enfermedad, pero el aumento de la expectativa de vida conlleva en muchos casos a la aparición de sindromes funcionales incapacitantes. La FKT se ocupa del fenómeno de la salud, de la prevención de fenómenos degenerativos que originan deformidades, de la potenciación de las capacidades residuales y del tratamiento especifico de las secuelas que originan muchos procesos patológicos en la tercera edad. Casi no existe uniformidad en la formación o práctica de la FKT en el mundo, es importante que los fisioterapeutas sean capaces de identificar y resolver los problemas desde el punto de vista funcional y en equipos multidisciplinarios, y no aplicar procedimientos basados solamente en el diagnóstico médico. Dentro de la interdisciplina la idea es que el fisioterapeuta sea educador de técnicas de movimiento y de manipulación de los pacientes con incapacidades permitiendo que la reeducación se vea reforzada y continuada fuera de la sesión de terapia y dentro de la vida diaria. (Podesta, O.-Risso F.,2009)

Con el fin de evitar el sobre-diagnóstico o el diagnóstico erróneo y teniendo en cuenta que los signos y síntomas se expresan de manera diferente en los adultos mayores que en los jóvenes, se requiere que los profesionales de la salud estén preparados para el correcto diagnóstico y tratamiento de las afecciones más comunes en los adultos mayores. En este sentido, sería indispensable la capacitación sistemática de los recursos humanos en los niveles de atención primaria de la salud, orientada al proceso de envejecimiento. La prestación de una atención sanitaria de calidad es importante para promover la salud de las personas de edad, prevenir enfermedades y controlar las enfermedades crónicas. La

mayoría de los planes de estudio dirigidos a futuros profesionales sanitarios no incluyen la atención específica para personas de edad. Sin embargo, el personal sanitario dedicará cada vez más tiempo a la atención de este grupo de población. (OMS, 2012)

La realidad de los datos evidencia una falta de profesionales que se ve agravada, a la vez, por la falta de reconocimiento social de otros tantos. A ello tenemos que añadir la falta de preparación para atender la problemática de la dependencia, la difusa conceptualización de los servicios, la desregularización del sector, la ausencia de definición de perfiles profesionales, la carencia de títulos y cualificaciones profesionales en correspondencia a las exigencias socio laborales de nivel medio y superior y la inconcreción de sistema de acreditación y reconocimiento en el sector cuando existe mucho aprendizaje adquirido a través de la experiencia. Sin embargo, después de este mínimo apunte sobre problemática en la atención a la dependencia desde la lógica formativa, también hay que apuntar que estamos delante de una situación positiva desde la lógica del empleo, por cuanto el presente y el futuro nos ubican en un sector emergente, a partir de empleo estable, con incremento progresivo debido a factores sociodemográficos que afectan al conjunto de la sociedad. (Tejada Fernandez, J., 2009)

El servicio de ayuda a domicilio integra el conjunto de acciones llevada a cabo en el domicilio de la persona dependiente, con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria. Se organiza en torno al tipo de atención prestada ya sea necesidades domésticas o atención personal en relación con las actividades de la vida diaria. Este servicio que ha contado con la presencia de profesionales informales (familia en general, cuidadores), también se nutre de profesionales de la asistencia social, auxiliares de enfermería, auxiliares de servicio de atención a domicilio que, de acuerdo al grado de dependencia y necesidad de atención diferenciada pueden

ser tratados por fisioterapeutas, rehabilitadores, terapistas ocupacionales, psicólogos, etc.(Tejada Fernandez, J., 2009)

En estos momentos, aún hay mucho camino por recorrer en tal dirección, por cuanto se evidencia una especial ausencia de profesionales cualificados vinculados con los puestos de atención directa, existe bastante desestructuración y desorganización del ámbito formativo, se dan serias brechas entre lo público y lo privado, lo rural y lo urbano, falta de reconocimiento a los profesionales que operan en el sector, con bajas retribuciones, altos niveles de rotación y temporalidad, sobrecarga de horarios como condiciones sociolaborales. (Tejada Fernandez, J., 2009)

La *especialización* aludida urge particularmente en los niveles superiores de cualificación, tanto en lo referido a los perfiles sociosanitarios como socioeducativos. En conexión con lo anterior, también hay que hacer hincapié simultáneamente en la *investigación* en este campo profesional. La conformación y actualización de los perfiles profesionales debe ser un centro de atención en las nuevas líneas de investigación. En esta tarea la atenta mirada de los observatorios profesionales, junto con el papel de los colegios profesionales, se erigen en herramientas y estrategias para responder a las demandas a tal fin. Particular consideración han de tener en este contexto los contenidos de formación con una visión interdisciplinar. La formación ha de abarcar todo un conjunto de competencias que implican conocimientos sociológicos, teóricos y técnicos, educativos, de salud y calidad de vida. Esta lógica interdisciplinar conlleva a la vez implicaciones organizativas en el diseño curricular por lo que se refiere a los centros de formación. En los niveles superiores de cualificación no cabe duda que distintas facultades tendrán que aportar contenidos curriculares. La mirada hacia la calidad de la atención también va ligada a la *profesionalización de los profesionales y las condiciones sociolaborales en las que se ejerce la profesión*. Esto da pie a que

se reflexione sobre una nueva política de gestión de estos profesionales que conlleve mayor reconocimiento y prestigio profesional. (Tejada Fernandez, J., 2009)

PLAN DE FORMACION NACIONAL PROVINCIAL Y MUNICIPAL.

Nuestro país adhirió al Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento (Madrid, 2002) en el cual se demanda la realización de cambios en las actitudes políticas y prácticas de todos los niveles y en todos los sectores. El objetivo del mismo es asegurar que las personas mayores, en cualquier lugar donde estén, sean capaces de envejecer con seguridad, dignidad y puedan continuar participando en sus sociedades.

La República Argentina presenta aún serios déficits en relación a la formación en gerontología. Por un lado, hay una carencia en la formación de grado sobre estas temáticas y por el otro, la formación de postgrado se ubica en los grandes centros urbanos, careciendo de estos en gran parte del territorio nacional. Estas carencias académicas producen una menor eficacia y falta de propuestas específicas tanto en las prácticas como en las políticas que se dirigen a esta población. (Ministerio de Desarrollo Social, 2007)

- Carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional (EGCI) constituye un espacio profesional en nuestra sociedad. La especialización está dirigida a: Egresados de Universidades Nacionales, Provinciales, Privadas o de Institutos de nivel superior no universitario (con título de grado de carrera de cuatro -4 años – de duración como mínimo), de las carreras de Trabajo Social, Psicología, Sociología, Antropología, Ciencia Política, Comunicación Social, Abogacía, Arquitectura, Ingeniería, Economía, Administración de Empresas, Contador Público, Medicina, Odontología, Kinesiología, Enfermería, Nutrición, Terapia Ocupacional, Psicolingüistas, Sociolingüistas u otras carreras humanísticas de nivel equivalente o los egresados de universidades extranjeras –que serán admitidos dando cumplimiento a las pautas emanadas de la Resolución Ministerial Nº 416/00- Cuando el postulante poseyera título

superior no universitario de carrera no inferior a cuatro años, le serán solicitados, además, currículum vítae y entrevista en los que demuestre recorrido académico solvente en la especialidad en la que aspira formarse. Profesionales que se desempeñen preferentemente en comunidades, instituciones públicas u organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro vinculadas al campo gerontológico en la República Argentina. (Requisito no excluyente) Desde la coordinación operativa de la EGCI se informó que a la fecha y desde su inicio han concluido la carrera 710 alumnos. (Ministerio de Desarrollo Social, 2007)

- La Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, ha generado acciones participativas y de integración, como “El Consejo Federal de Mayores”, ”La experiencia cuenta”, “Voluntariado social” y los “Cuidadores domiciliarios”, a lo largo de todo el territorio nacional, con amplia participación de adultos mayores y una importante interacción intergeneracional. Asimismo, y para generar campañas de difusión, mecanismos de prevención y concientización social, se ha creado el Programa de Prevención de la Discriminación, el Abuso y el Maltrato hacia los Adultos Mayores. La formación de cuidadores domiciliarios resulta una tarea importantísima para garantizar el derecho de las personas mayores de “Envejecer en Casa”. ya se han formado 30.000 cuidadores, cifra que se incrementa año a año, y se espera que para cuando finalice el año 2015 sean 50.000. (Roqué, M.,2014)
- El Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores (ProNEAS) y desde su Comisión Nacional Asesora tiene la misión de promover y articular el trabajo intersectorial, interdisciplinario e interprogramático a nivel nacional para coadyuvar al envejecimiento activo y

saludable y llevar a cabo acciones conjuntas con el objetivo de prevenir, controlar y/o retardar enfermedades. Los retos están basados en los programas de prevención, en la continuidad, en la competencia de los recursos humanos y en su capacitación.

- El I.N.S.S.J. y P. ha otorgado becas de formación para 535 enfermeras y capacitación permanente a los médicos de cabecera. (Informe de la reunión de Gobiernos y Expertos. Argentina, 2005)
- La UNC ofrece en sus carreras de post grado la especialidad en geriatría dirigida a médicos y la maestría en gerontología cuyo objetivo es especializar a profesionales para promover la investigación acerca de la vejez y formar equipos de salud entrenados en la interdisciplinariedad para elaborar, implementar y evaluar programas. Ambas aprobadas por la CONEAU.(Secretaria de Graduados, UNC. 2014)
- La UCC desde noviembre de 2009 tiene acreditada la carrera de post grado en geriatría, aprobada por la CONEAU que integran en interdisciplina con las carreras de medicina, odontología, nutrición, técnico instrumental quirúrgico y enfermería. En todas las carreras de grado dependientes de medicina se han adaptado las modificaciones curriculares necesarias con actividades teórica y prácticas obligatorias con la tercera edad. Se han incorporado módulos sobre el envejecimiento activo desde el primer año de la carrera y actividades programadas en centros geriátricos con participación de alumnos y docentes con valor académico, no es un voluntariado. La UCC tiene implementado cursos sobre acompañamientos terapéuticos, programas de actualización en asistencia geriátrica, también hay voluntariados en enfermería nutricionistas y odontólogos.

- El Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba desde la Dirección General de Escuelas de Especialistas genera programas académicos conjuntamente con universidades y organizaciones educativas, tendientes a cubrir las necesidades de capacitación identificadas en el sector salud. La resolución 453/2013 aprueba el reglamento de residencias médicas dependientes del mismo y le da el marco legal.(portal oficial del MSP, 2014)
- En la Municipalidad de Córdoba, la Secretaría de Salud desde el sector capacitación/residencias, se encarga de promover, coordinar y organizar las actividades de Capacitación y Docencia, que involucren a las distintas áreas de la misma. Su objetivo es fomentar la capacitación continua y permanente de los integrantes de los equipos de Salud Municipal, arbitrando los recursos disponibles a través de convenios interinstitucionales con ámbitos como Universidades, Sociedades Científicas, Fundaciones, como así también relacionar las actividades con las necesidades asistenciales de la Municipalidad, mejorando su calidad a través del perfeccionamiento del recurso humano en beneficio de la comunidad.(Portal oficial de la Secretaria de Salud de la Municipalidad de Cba.,2014)

La Red de Investigación sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe que desde sus comienzos ha tenido el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y del National Institute of Aging (NIA), busca maximizar la capacidad de investigación en la Región mediante la difusión de información acerca de investigaciones o sus resultados, la disponibilidad de datos y los sitios donde pueden consultarse, conferencias y otros eventos profesionales próximos a celebrarse, y oportunidades de capacitación o perfeccionamiento profesional. Además, la Red busca fomentar proyectos de colaboración entre investigadores e impulsar

la organización de conferencias regionales sobre temas de interés. (Albala C. y col., 2005)

Resulta claramente necesario el diseño y puesta en marcha de investigaciones que aborden de manera más rigurosa el estudio de la amplitud y distribución de este problema, con el objetivo de armonizar teoría y práctica profesional. (Diaz Gimenez C. y col., 2011)

CAPITULO III

INDICADORES DE GESTION

El cambio demográfico que se dará dentro de unas décadas más, impone retos y preocupaciones por

- ✓ el aumento en el número de personas mayores,
- ✓ velocidad de dicho crecimiento,
- ✓ capacidad del sistema de seguridad social para afrontar las demandas en salud y pensiones,
- ✓ papel de la familia en materia de atención a la vejez,
- ✓ discriminación laboral,

Todo ello impone la necesidad de planificar para enfrentar una sociedad que envejece y proyectar las funciones y servicios del ámbito sanitario hacia las necesidades de una población de más edad.

La longevidad posibilita la convivencia entre miembros de tres o cuatro generaciones, obliga a modificaciones en el ciclo del trabajo y la jubilación, y a las instituciones a invertir lo necesario para dotar de conocimientos y aptitudes a los proveedores de servicios sociales y de atención sanitaria, que les permitan prestar asistencia a lo largo de un ciclo vital cada vez más largo. (Peláez M., 2005)

Tal fenómeno muestra repercusiones considerables en el funcionamiento de las estructuras sociales, en este caso las redes de apoyo social, principalmente las redes informales (conformada por familiares y convivientes) han demostrado ser un formidable recurso para que las personas optimicen sus estados de salud y bienestar. (FIAPAM, 2010)

La familia es el principal proveedor de cuidados a los adultos mayores, especialmente a aquellos con capacidad funcional y cognitiva reducida que los lleva a la dependencia. En muchas ocasiones, la familia del adulto mayor brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas.

Las personas adultas mayores, especialmente entre los 60 y 75 años, son relativamente independientes, físicamente aptas y funcionales. El grupo de los mayores de 80 son más dependientes, mayormente aquellos en que su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados. (Montes de O.V., 2003)

Muchos factores han deteriorado la institución familiar como la industrialización, la urbanización, la avanzada tecnología médica y mejor educación, estos tenderían a aislar y separar al adulto mayor de sus familias, disminuyendo su rol familiar y social". (Guzmán J., 2002)

La tendencia a sostener el modelo médico biologicista resalta la dimensión físico-patológica de la vejez, justificando la estigmatización y marginalidad continua de esta población. Esta situación enmascara la "empresa del envejecimiento" una industria de productos y servicios enfocados en las enfermedades de la población adulta mayor en lugar de generar esfuerzos que mejoren las condiciones de bienestar y de calidad de vida durante este proceso. (OMS, 2011)

Problemas con la prestación de servicios:

La mala coordinación de los servicios, la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia pueden afectar a la calidad, accesibilidad e idoneidad de los servicios para las personas adultas mayores con dependencia. Existe una clara percepción de insatisfacción de muchas personas mayores con relación a la calidad de los servicios de atención médica que se les ofrece, con o sin obra social. En verdad se trata de la confluencia de barreras administrativas, arquitectónicas y actitudinales las que conllevan a una inevitable disminución de la calidad en salud. Según los datos de la *Encuesta Mundial de Salud* en 51 países, las personas con discapacidad tenían más del doble de probabilidades de considerar que los proveedores de asistencia carecían de la competencia adecuada para atender sus necesidades; una probabilidad cuatro veces mayor de ser tratadas mal, y una probabilidad tres veces mayor de que se les negara la atención de salud necesaria.

La gestion de la demanda asistencial constituye uno de los puntos álgidos de la calidad asistencial, donde confluyen los intereses de la ciudadanía y de los profesionales. La población pugna por la posibilidad de acceder a los servicios de forma fácil en el preciso momento que necesiten de ellos, junto con el convencimiento de que dichos servicios garanticen la resolución y cubran sus necesidades y expectativas. La rehabilitación incluye todas las medidas destinadas a reducir el impacto de la discapacidad y conseguir la mayor integración social, con la participación del paciente, como de la familia y la sociedad. La gestión del servicio asistencial, el circuito de interconsultas y derivaciones, y manejo de la patología, así como indicadores básicos de seguimiento se deberían complementar de modo que fomenten relaciones de confianza y respeto entre los profesionales de un equipo asistencial, donde los valores, los principios, la evidencia científica y la minimización de la variabilidad

en la práctica clínica sean pilares que sustenten estrategias legítimas y aspiraciones deseables. (Plan de Rehabilitación– Fisioterapia, 2010) Esta calidad incluye criterios de transferencia al entorno laboral y su transformación, lo cual requiere a su vez un conocimiento más profundo del espacio donde esta práctica se desarrollará, con sus elementos favorecedores y sus complejidades.

En este nuevo siglo habrá una alta incidencia de discapacidad en la población adulta mayor y, por ende, aumentará la demanda de servicios de salud pública y privada para atender las necesidades de este sector. Debería medirse la calidad, cantidad y pertinencia de estos servicios lo que requerirá el desarrollo de indicadores adecuados. (Robles Rayas,M.J. y col., 2009)

Cualquiera que sea el sistema de comparación empleado, se aprecia que se destinan muy pocos recursos a los principales determinantes de salud - medio ambiente, estilos de vida, etc.- mientras la mayoría de ellos se ocupan en la asistencia sanitaria, que es uno de los actores con menor peso relativo en la determinación de la salud. El famoso estudio de Dever mostraba que del total del gasto en salud, el 90 % se invierte en servicios sanitarios que sólo logran impactar en un 11 % la mortalidad de la población. En estilos de vida, que lograrían un impacto de un 43 % de la mortalidad prevalente, se invierte sólo 1,5 %.También se destina sólo un 1,6 % al entorno, que impactaría sobre el 19 % de la mortalidad.

Para poder llevar a cabo análisis y evaluaciones objetivas de la situación sanitaria y tomar decisiones basadas en la realidad local, es un requisito indispensable disponer de información apoyada en datos válidos y fiables. Los estudios clásicos sobre la medición de los niveles de salud de las poblaciones consideraban variables elementales, como la mortalidad y la morbilidad. Recientemente, con la progresiva reducción de las enfermedades infecciosas, que eran las responsables de buena parte de las pérdidas de salud de la sociedad, se ha reconocido la necesidad de considerar también

otras dimensiones del estado de salud. En consecuencia, además de las mediciones clásicas de mortalidad y morbilidad, en la actualidad se emplean medidas de discapacidad, de acceso a la atención sanitaria, la calidad de esta atención, o los factores ambientales. (Meneu, R., 2008)

Tener en cuenta variables de relevancia y calidad técnica de los indicadores a utilizar es de gran ayuda. Aunque se insiste mucho en la calidad técnica de los indicadores, a menudo se olvida que además, e incluso antes, hay que constatar su relevancia, es decir, que sean capaces de dar respuestas claras a los asuntos más importantes de las políticas de salud. Si un indicador no mide un problema de salud relevante, de poco vale que sea preciso y fiable. En general sufrimos una tendencia a medir aquello que sabemos cuantificar o de lo que ya tenemos datos. (Meneu, R., 2008)

Los avances en los resultados en la salud que son equitativos y sostenibles requieren de infraestructuras públicas bien desarrolladas y sostenidas. El apoyo para mejorar estos sistemas de conocimiento, especialmente con respecto a la salud y a formas autóctonas de estructura social, son importantes en el fomento de la equidad en la salud. Desde esta óptica la utilización inadecuada de los servicios de salud puede definirse, en sentido estricto, como el empleo de una tecnología médica, entendida como cualquier intervención sanitaria, de eficacia demostrada en situaciones en las que no es efectiva o para la que existen alternativas más eficientes. (Meneu, R., 2008)

Los estudios sobre variación de la práctica médica por ejemplo, realizan ajustes para controlar las diferencias en utilización atribuibles a la heterogeneidad de las poblaciones, considerando los diagnósticos, las características demográficas, de rentas o de estado de salud. Aun así, persisten enormes discrepancias en la utilización de servicios que no se traducen en resultados positivos en términos de salud y que han sido interpretados por algunos autores como una

evidencia indirecta de la existencia de componentes evitables de la atención sanitaria. (Meneu, R., 2008)

RELACIÓN ENTRE LA NECESIDAD DE ASISTENCIA Y LOS SERVICIOS DE SALUD RECIBIDOS (Modificado a partir de Payne S. 1987)

		¿NECESITA LA ASISTENCIA?	
		SI	NO
¿RECIBE LA ASISTEN-CIA?	SI	UTILIZACIÓN ADECUADA (a)	SOBRE-UTILIZACIÓN INADECUADA (b)
	NO	SUB-UTILIZACIÓN INADECUADA (c)	(NO) UTILIZACIÓN ADECUADA (d)

En la figura anterior, cuando se etiqueta una actuación como adecuada porque el paciente que necesita un servicio de salud lo recibe (celda a), sólo se está atendiendo a la dimensión de que es lo que hay que hacer y a quien, quedando todavía por ver si el proceso se realiza adecuadamente. Todo lo que no responda a una actuación ideal, hacer correctamente lo que debe hacerse, a quien debe hacérsele, debería pasar a una de las otras celdas. (Meneu, R., 2008)

A menudo se adopta una concepción reduccionista de las actuaciones sanitarias que deja exclusivamente en manos de la medicina la resolución de los problemas de salud. En tal caso se corre el riesgo de incurrir en una “medicalización” indebida, proceso que ha sido criticado como “promoción de enfermedades”. (Meneu, R., 2008)

Los estudios sobre la medicalización la presentan como un proceso por el que ciertos fenómenos que formaban parte de otros campos, como la educación, han sido redefinidos como fenómenos médicos.

La crítica de la medicalización está indisolublemente ligada al nombre de Ivan Illich y la publicación de su obra “Némesis Médica”, pese a que este trabajo no escogía la medicina como tema, sino como ejemplo. “Némesis Médica” comenzaba afirmando: “La medicina institucionalizada amenaza la salud”. Lo que era radical en 1974 es, en algún sentido, convencional hoy. En uno de sus últimos textos Illich escribió lo que veinticinco años después comenzaría diciendo “En los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante”. Un claro signo del desplazamiento del motor de la medicalización. El mayor nivel de vida suele ir unido a una cultura de consumismo (medicina incluida) y en las sociedades más desarrolladas cada vez más se instala el rechazo de la enfermedad y la muerte, como partes inevitables de la vida. Las formas no médicas de afrontar las dificultades se están devaluando y olvidando. Las personas y la sociedad se hacen así dependientes de la medicina y los servicios sanitarios, y necesitarán mayores recursos para dar respuesta a la demanda que van induciendo. Al mismo tiempo también puede hablarse de situaciones en las que se infrautilizan tratamientos efectivos, y por tanto se necesitaría mayor intervención sanitaria. Así, se advierte el riesgo de “desmedicalización” en la población adulta mayor, y la necesidad de separar el proceso de envejecimiento de las enfermedades que se dan en personas mayores y que tienen tratamientos efectivos que deben ser utilizados. (Meneu, R., 2008)

Para el año 2025 los usuarios serán personas de una creciente escolaridad, bien informadas, muy exigentes en cuanto al trato y la calidad de la atención que reciben, que demandarán una atención oportuna y efectiva de sus necesidades de salud, lo más cerca

posible de sus hogares, sitios de trabajo, centros de estudio o lugares en donde sufran una emergencia; además, serán muy cuidadosos en la selección de su médico de cabecera y de los especialistas, los servicios de apoyo y los hospitales a los que son referidos, y lucharán por tener voz y voto en las decisiones clínicas y administrativas que los afecten. Igualmente, exigirán que las consultas y los trámites puedan ser realizados por medios electrónicos y por tener acceso a su información personal clínica y administrativa, concepción no muy distante de la actualidad. A la vez, deberán ser educados para hacer un uso racional de los servicios de salud, las pensiones y demás prestaciones sociales y económicas, así como para asumir sus obligaciones financieras con la seguridad social (OMS, 2011)

Ante esta panorámica que se vislumbra para el 2025, es prioritario un cambio de paradigma que identifique la necesidad real, en el plazo adecuado, de especialistas en Geriatría con establecimientos y dependencias que operen bajo un modelo de redes, con el soporte de un efectivo medio de referencia y contrarreferencia entre las distintas unidades del sistema, basado en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración. Centros hospitalarios que operarían en red, bajo un modelo de atención integral y un esquema organizativo más matricial y basado en procesos donde los hospitales son menos propensos al gigantismo, altamente especializados y automatizados, un modelo más amigable con los usuarios y con el ambiente, arquitectónicamente más confortables, funcionales y seguros, más cercanos a la población y con un componente muy fuerte de atención hospitalaria no tradicional (hospitalización de día, cirugía ambulatoria, asistencia en el hogar, etc.) El hecho de tener un médico definido o un local de consulta definido puede ser considerado como uno de los factores más importantes en la determinación de la utilización. Las personas con esta característica utilizan de forma más adecuada los servicios de

salud, y su presencia puede ser considerada como un marcador de la calidad de la atención. (Rojas Barahona, R.M., 2008)

En la actualidad, el creciente envejecimiento de las poblaciones es un fenómeno mundial sin precedentes del que no están excluidos los países de América Latina. Teniendo en cuenta que este fenómeno está produciendo una transformación en las sociedades actuales, es que debemos adecuar nuestro accionar hacia los Adultos Mayores, para asegurarles una mejor calidad de vida. La creciente población de Adultos Mayores debe ser integrada como destinataria de políticas sociales específicas por parte del Estado, pero también debe garantizarse que ellos mismos puedan ser artífices de su propia vida. Considerando que los hábitos de la población adulta hoy en día no necesariamente son saludables, se espera que se presenten problemas en los hábitos alimenticios, el sedentarismo, el estrés, el aparato circulatorio y digestivo, entre otros, con repercusiones en la vejez, como padecimientos de tipo crónico y degenerativo, principalmente. (Rojas Barahona, R.M.,2008)

LA INTERRELACIÓN ENTRE FUNCIONES POLÍTICAS, ADMINISTRATIVAS Y EL RETO EN LAS PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

La experiencia internacional señala que, en la mayoría de los casos, la incorporación de las técnicas del *management* no fue acompañada con la recreación de mecanismos que hubieran favorecido el desarrollo de una nueva "cultura de la responsabilidad", capaz de reordenar la interrelación entre funciones políticas y administrativas. Desde esta óptica, se rescata el *componente político* que, necesariamente, lleva implícita toda reforma de la administración, no sólo en términos de su legitimación, sino como precepto clave para definir el rumbo de los cambios. En el caso de América Latina, cabe preguntarse, además, acerca de la posibilidad real y la conveniencia de introducir una lógica "gerencial", dando por supuesto que dicho modelo superará al tradicional weberiano, en países donde la mayoría de sus administraciones públicas se caracterizan por sistemas clientelares y/o patrimonialistas de profundo arraigo. Para los especialistas de la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico* (OCDE), se acepta cada vez más el hecho de que uno de los orígenes del mal funcionamiento del sector público es precisamente la falta de formalidad y respeto a las normas que imperan en la cultura administrativa de la región.(López, A.,2003)

Concretamente, se apunta que la mayoría de las técnicas de gestión "favorecen la ampliación de la discrecionalidad de los altos funcionarios, aunque de esta forma los organismos que ellos conducen ganan en flexibilidad y eficiencia. Sin embargo, es muy factible que en algunos casos ocurra la violación de la tenue barrera que separa la discrecionalidad de la arbitrariedad, el abuso de poder y la corrupción". (López, A.,2005)

Mientras que las burocracias estatales centralizadas se corresponden con los patrones culturales de la primera mitad del

siglo XX, hoy el desafío pasa por la transformación de las organizaciones públicas siguiendo un modelo acorde con la era de la información. Así, podrán ser convenientes reformas más profundas, o reformas selectivas e incrementales, por medio de distintas estrategias y alternativas, adoptando un enfoque “pragmático” antes que “dogmático” Dada estas características, resulta prioritario el uso de técnicas mayoritariamente inclinadas hacia el cálculo, la cuantificación y la elaboración de indicadores. (López, A., 2003)

- *Las técnicas de dirección general de la organización,* específicamente gerenciales son las que consideran a la organización en su conjunto, centrándose en la capacidad de anticiparse y adaptarse a los cambios del entorno (perspectiva estratégica), y en garantizar tanto el buen desarrollo de las operaciones como el logro de las metas establecidas (perspectiva operativa). Las herramientas que pertenecen a este grupo pueden ser: planificación estratégica, gestión de los procesos de cambio organizativo, dirección por objetivos y dirección de proyectos.
- *Las técnicas correspondientes a las funciones de una empresa, e*n este subconjunto se encuentran, por ejemplo: Marketing, Dirección de operaciones, Diseño organizativo, Dirección de recursos humanos, Gestión de servicios, Gestión Financiera, Gestión de sistemas de información y Control de gestión.
- *Las técnicas de desarrollo de habilidades directivas, de relevancia práctica,* dichas técnicas apuntan a desarrollar, entre otras, las habilidades de toma de decisiones; negociación y gestión del conflicto; liderazgo; trabajo en equipo; creatividad e innovación y capacidad de asumir la complejidad, la ambigüedad y la incertidumbre.

Básicamente, las estrategias a encarar para la mejora de la gestión pública ponen en contradicción la “racionalidad técnica” en que se fundan y la “racionalidad política” que interfiere su efectiva aplicación en la medida en que las reformas, orientadas desde sus fundamentos a la búsqueda de la recomposición de valores, tales como el mérito, la responsabilidad, la capacidad, la equidad y la transparencia, afectan un conjunto de intereses (privilegios, discrecionalidad, nepotismo, búsqueda de rentas) de difícil reversión por su grado de arraigo en la cultura político administrativa de la región. De tal forma, “*el punto ya no es si las tecnologías “sirven” a las necesidades de gestión de nuestros estados, sino si pueden “forzar” su adopción y así desterrar, definitivamente, sus patrones culturales indeseables*”, tarea que es eminente responsabilidad de los líderes políticos. (López, A., 2003)

La Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS) se basa en el análisis de la producción, eficiencia, recursos y costos (PERC) de los servicios de salud. El análisis del PERC se facilita mediante el uso de indicadores de desempeño que proveen a los gerentes una visión estratégica del manejo de los establecimientos de salud o de las redes de servicios de salud. El principio básico de la metodología es que cada aspecto del proceso productivo se debe y se puede cuantificar para el control y evaluación, así como para proveer la base del mejoramiento continuo en la capacidad de producción de los servicios de salud. Su objetivo fundamental es por tanto, apoyar al gerente de servicios de salud a tomar decisiones informadas que permitan optimizar la productividad y el uso racional de los recursos, contribuyendo a mejorar el acceso y la calidad de la atención. (OPS, 2010)

Los gerentes de servicios de salud están obligados a adaptarse a los constantes cambios y “reformas” en el entorno; cambios de origen multifactorial que determinan que solo los servicios con gerencia flexible y adaptable podrán desempeñarse con niveles aceptables de

eficiencia. Estos cambios son generados entre otros factores por el aumento en la demanda de los servicios secundario a los cambios demográficos, a los perfiles de morbi-mortalidad de la población y a las innovaciones en la tecnología de salud. La mayoría de los países experimentan cambios del perfil demográfico como resultado del incremento en la expectativa de vida y el nivel de salud de sus poblaciones. Los actuales perfiles de morbilidad denotan un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y sus co morbilidades y complicaciones en condiciones en que aún persiste la "agenda inconclusa" de los problemas de enfermedades infecciosas y prevenibles, y la amenaza de las enfermedades emergentes y re-emergentes. A esta presión sobre los servicios de salud se suman, a su vez, modelos de organización y atención inadecuados para el manejo de condiciones crónicas y la ausencia de coordinación del continuo de atención a través de redes de servicios de salud debidamente integradas y coordinadas. (OPS, 2010)

Los actuales modelos de provisión de servicios de salud basados en servicios curativos están evolucionando a modelos de cuidado de la salud, que van desde la promoción de salud y de hábitos protectores, a la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento oportuno e incluyen los cuidados paliativos y la provisión de atención socio-sanitaria que garantice la continuidad del cuidado una vez la persona egresa del establecimiento sanitario. Los gestores de establecimientos y servicios de atención por otro lado, enfrentan situaciones igualmente críticas y falencias en su capacidad gerencial que afectan la eficiencia, eficacia y efectividad de los servicios. Se destacan entre ellos, el pobre uso de la información gerencial para la toma de decisiones y la falta de competencias criticas para el análisis, la ejecución de acciones anticipatorias o correctivas, la evaluación del desempeño y la gestión del cambio en instituciones que evolucionan y se transforman moldeadas por las

realidades externas, las demandas y nuevas exigencias de una sociedad globalizada. (OPS, 2010)

Este estado de cosas exige que la visión de los servicios de salud se re-orienten a nuevos modelos de organización que den respuesta a los problemas generados por la fragmentación, y a modelos de atención centrados en las personas y que coloquen el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad bajo estrategias de Atención Primaria en Salud y en pro de la equidad. Estos modelos necesariamente deberán responsabilizar a las redes de servicios de salud por el cuidado de la salud de una población asignada, de proveer un manejo integral del cuidado de sus usuarios en el lugar más adecuado descentralizando la prestación del servicio de la institución hospitalaria, de integrar los servicios de salud en redes con equipos multidisciplinarios, de gestionar la garantía de la calidad y el mejoramiento continuo de las instituciones, de garantizar la participación comunitaria y gestionar el auto cuidado en un entorno de responsabilidad compartida con otros sectores de la economía. (OPS, 2010)

La gestion es por excelencia una función de liderazgo y toma de decisiones, acción que parte del análisis institucional aplicando un enfoque productivo basado en la premisa de que los insumos, procesos y resultados son susceptibles de control cuantitativo y cualitativo. Este proceso de análisis institucional puede determinar intervenciones en salud para disminuir las brechas existentes entre la demanda de los usuarios, la capacidad de producción y la producción final de los servicios.

Una de las mayores ventajas de la metodología en su proceso de implementación es la posibilidad de crecimiento organizacional sistemático y de acuerdo a las capacidades de adaptación de cada institución permite no solo la asimilación de nuevas herramientas si no además, la generación de *una cultura organizacional basada en la información.*

El nuevo reto en la prestación de servicios de salud es el cuidado continuo integral e integrado que privilegie la demanda y la atención a las necesidades de salud de la población. (OPS, 2010)

METODOLOGÍA

Muestra poblacional

A través de un estudio retrospectivo descriptivo se analizó una muestra de 4075 adultos mayores que requirieron de intervenciones en un número de 100.860 sesiones de “asistencia fisiokinésica a domicilio” con diagnósticos de patologías crónicas. La muestra corresponde a personas mayores de 60 años que viven en la ciudad de Cordoba Capital, República Argentina y que recibieron la asistencia durante el período comprendido entre el año 2010, 2011 y 2012.

El análisis estadístico permitió investigar el comportamiento de las variables tiempo, frecuencia y estacionalidad en el desarrollo de estas prácticas. Asimismo, permitió identificar las patologías que motivaron la derivación y los diagnósticos más frecuentes.

Con el objeto de buscar indicadores cualitativos y cuantitativos que identifiquen los procesos de gestión como así también, el acceso a la formación profesional, durante cuatro meses se realizaron 219 encuestas a profesionales fisioterapeutas (Anexo I), médicos (Anexo II) y familiares de Adultos Mayores (Anexo III)

Encuesta a Fisioterapeutas: Se completaron 72 encuestas a estos profesionales, mediante formato digital (vía e-mail) y de manera directa en entrevistas personalizadas. Como puede apreciarse en detalle en el Anexo I de esta tesis, las encuestas a fisioterapeutas incluyeron información sobre antigüedad en la profesión, la formación recibida sobre tratamientos a ancianos afectados con patologías crónicas durante los estudios de grado y postgrado, opiniones conceptuales sobre el trabajo interdisciplinario en la tercera edad y prácticas profesionales de atención FKT a domicilio con AM en etapas de formación. Los cuestionarios incluyeron también un relevamiento sobre el trabajo interdisciplinario, incluyendo la participación familiar en el tratamiento del paciente, los

objetivos profesionales de la FKT a domicilio y su opinión sobre los mecanismos pertinentes para lograr tratamientos exitosos.

Encuesta a Médicos: Durante una jornada de formación para médicos de cabecera se entregaron 100 encuestas a estos profesionales, obteniéndose una respuesta de 84 cuestionarios completados en forma anónima.

Además de los tópicos previamente mencionados en las encuestas a fisioterapeutas, los cuestionarios que debieron responder los profesionales médicos, incluyeron preguntas sobre tratamientos de fisiokinesioterapia a domicilio para AM, criterios para la prescripción de dicho tratamiento, como así también su opinión sobre la información y eficiencia del trámite administrativo relacionado con esta práctica.

Encuesta a Familiares: En el caso de familiares de pacientes bajo atención fisiokinésica a domicilio, fueron encuestadas 63 personas por vía telefónica o mediante entrevistas personales.

Las preguntas se formularon con el propósito de relevar la opinión de los gestores de las prácticas sobre el grado de información en relación a las prestaciones médicas y otras especialidades disponibles para su familiar, los diagnósticos por los cuales fueron indicados los tratamientos, el proceso de información para realizar el trámite, el acceso a la prestación, sus conocimientos sobre la duración, motivo y expectativas del tratamiento de FKT a domicilio. También se incluyó en estas encuestas un relevamiento del estado funcional del paciente al momento de recibir la prestación, la relación y grado de parentesco entre el paciente y su cuidador, la posibilidad de expresar su opinión crítica sobre el sistema y sugerir medidas tendientes a mejorarlo, y finalmente una opinión sobre la necesidad sentida del familiar respecto de la atención requerida para el paciente en tratamiento.

También, se realizaron entrevistas semiestructuradas, individuales, a los representantes de Educación, Colegios Profesionales y otros

actores sociales, informantes claves para obtener antecedentes sobre los planes nacionales, provinciales y municipales en la formación de recursos humanos en Geriatría y Gerontología. Las entrevistas fueron consideradas oportunas en el diseño, atento a qué a través de ellas se pudo vincular la visión de los entrevistados respecto a la problemática del envejecimiento y la óptica con que se enfoca este fenómeno desde los distintos organismos.

Como observador participante se investigó la incidencia de este determinante socio demográfico, las iniciativas mundiales, las políticas indicadas por las organizaciones rectoras y su aplicación en nuestro país y en nuestra ciudad especialmente. Se realizó una descripción de la vulnerabilidad en esta etapa del ciclo vital y de las patologías más frecuentes que motivan la prescripción de la práctica.

Análisis Estadístico

Se aplicaron análisis sobre la muestra poblacional previamente descripta, mediante métodos descriptivos de porcentajes, distribución de frecuencias y test de correlación para muestras no-paramétrica (Spearman).

Para una mejor comprensión de los resultados y la discusión, la información más relevante se presentó en tablas y gráficos.

Se consideró el proceso en su conjunto con una mirada crítica que permitió discutir la información obtenida, la teoría observada y la realidad sanitaria, sus fortalezas y debilidades.

RESULTADOS

Los resultados que se expondrán a continuación responden al análisis de datos que surgen de un estudio retrospectivo descriptivo que toma una base de datos de pacientes adultos mayores de 60 años, hombres y mujeres, que recibieron prestaciones fisiokinésica a domicilio durante los años 2010, 2011 y 2012. Todos ellos tienen cobertura de salud por una obra social y les fueron indicadas las prácticas por padecer una o más patologías crónicas. Los pacientes son adultos mayores que tienen residencia en la ciudad de Córdoba Capital, República Argentina. La base de datos utilizada está conformada por un total de 4075 pacientes, 2696 mujeres y 1379 varones. La Tabla 1 describe la cantidad de pacientes que toma la muestra y que recibieron kinesioterapia domiciliaria en los años estudiados y el número de sesiones totales recibidas por año.

AÑO	TOTAL DE PACIENTES POR AÑO	TOTAL DE SESIONES ANUALES
2010	763	20570
2011	1518	38790
2012	1794	41500

Tabla: 1 (Fuente: M.LARREGLE 2014)

El aumento de la demanda en los años estudiados fue de un 98% más de pacientes que requirieron la prestación de FKT a domicilio en 2011 que en 2010 y un 18% más en 2012 respecto a 2011. En relación al porcentaje de sesiones realizadas el aumento fue del 88% de 2010 a 2011 y del 7 % 2011 a 2012.

Las personas que componen la muestra en general son mayores de 60 años que se encuentran imposibilitadas de concurrir a un

consultorio por padecer alguna patología crónica que causa incapacidad temporal o permanente.

La distribución por edades demuestra una marcada concentración del uso de la prestación en pacientes mayores de 75 años, y aún más, en los que se encuentran entre los 75 y 85 años.

Véase en el Figura Nº:1 la representación en barras de esta distribución.

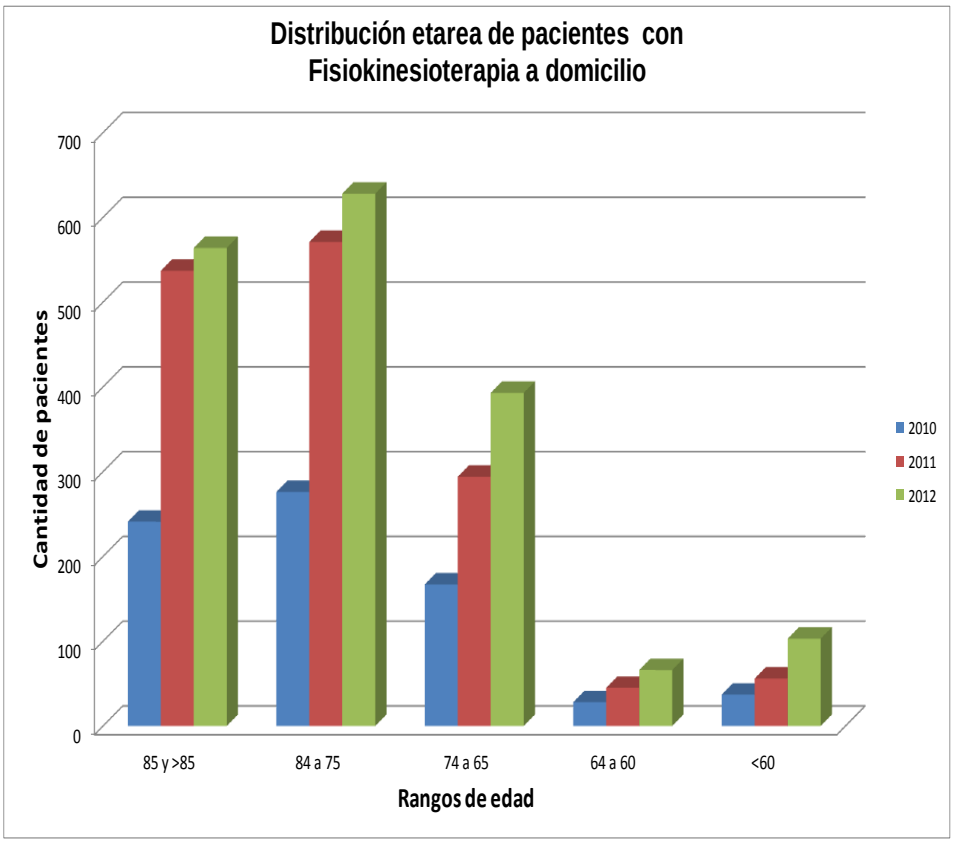


Figura Nº:1(Fuente: M.LARREGLE 2014)

Como fue detallado en la tabla 1, durante los tres años evaluados la utilización del servicio fue progresivamente en aumento. Observada la población usuaria por sexo, hay una marcada feminización en el requerimiento de tratamientos.

El gráfico de barras Nº:2 muestra el incremento en la cantidad de pacientes que recibieron prestaciones a domicilio, a partir del año 2010 y lo vemos diferenciado por sexo. Nótese que las diferencias de género se mantienen invariables a través del tiempo. La cantidad de mujeres que reciben fisiokinesioterapia domiciliaria siempre duplica a la de hombres.

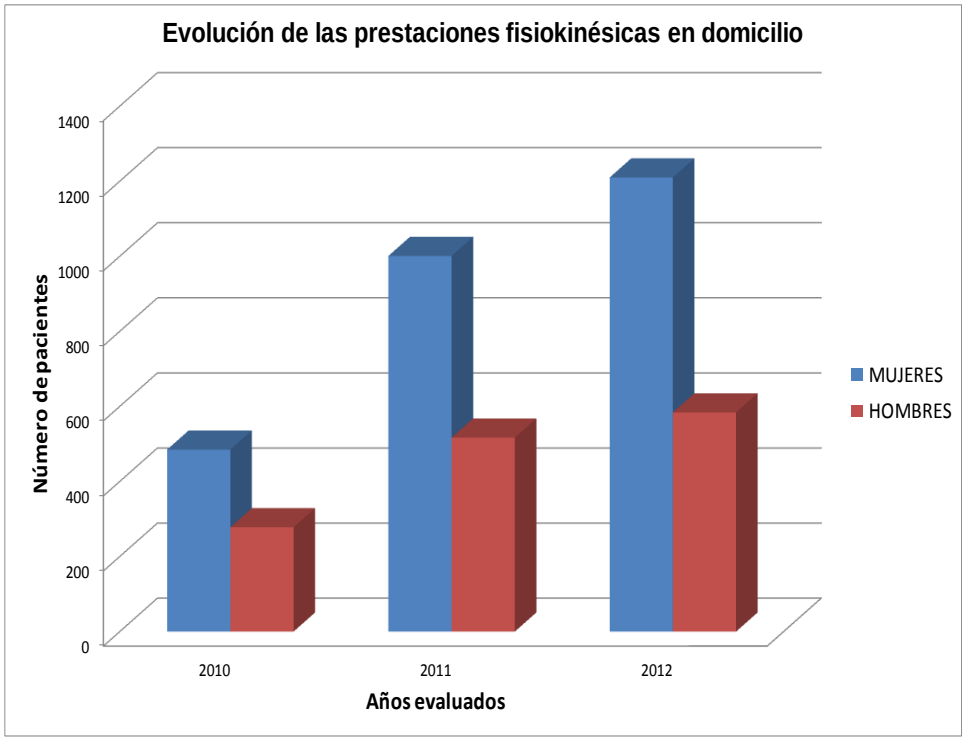


Figura Nº:2 (Fuente: M.LARREGLE 2014)

Un análisis de distribución de frecuencia al total de pacientes que recibieron FKT a domicilio diferenciado por año, indica que este tipo de tratamiento se mantiene estable sin marcar una estacionalidad prevalente en algún mes del año.

Durante los meses de setiembre y octubre de 2012 se observa un aumento importante en la cantidad de pacientes que accedieron a la prestación y durante el mes de diciembre, para los 3 años del período evaluado, disminuye considerablemente el número de AM atendidos. En este mes en particular, los pacientes han agotado las sesiones a las que pueden acceder por año. Figura Nº:3

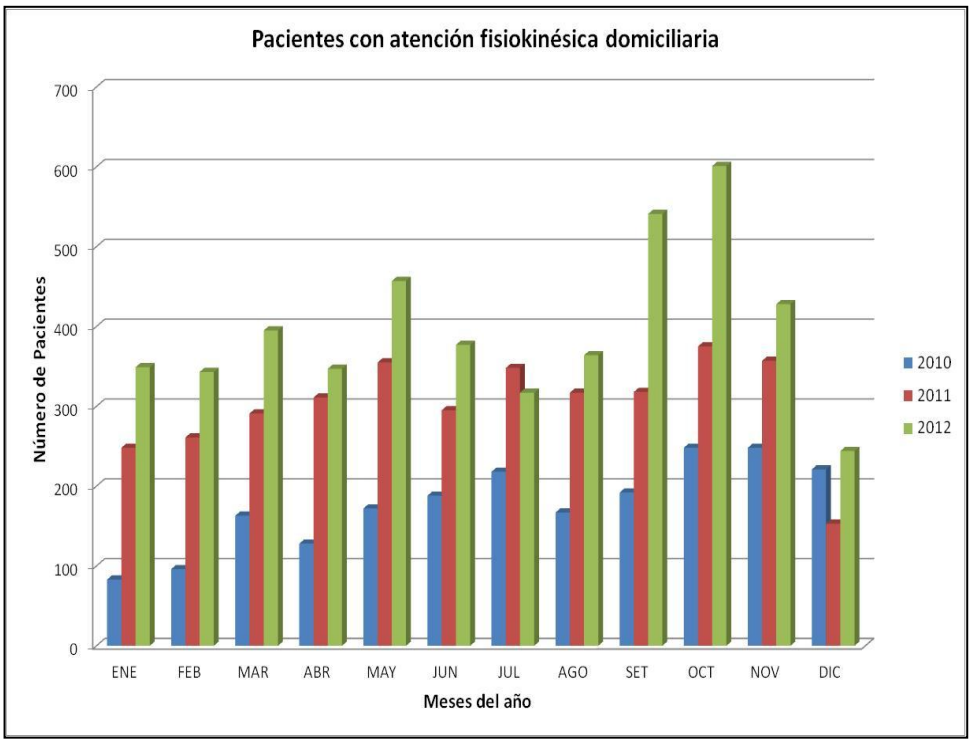


Figura Nº:3 (Fuente: M.LARREGLE 2014)

Cuando se analizan los diagnósticos que generaron las derivaciones para las intervenciones a domicilio del fisioterapeuta, puede constatarse que los correspondientes a Artrosis y secuelas de ACV son los más frecuentes, secundados por las Demencias y la Enfermedad de Parkinson.

Las intervenciones por ACV en 2011 como así también las artrosis y demencias en 2012 marcan un ligero aumento respecto a los otros años evaluados, mientras que el resto de los diagnósticos se mantuvieron con la misma proporción y sin modificaciones significativas. Figura Nº:4

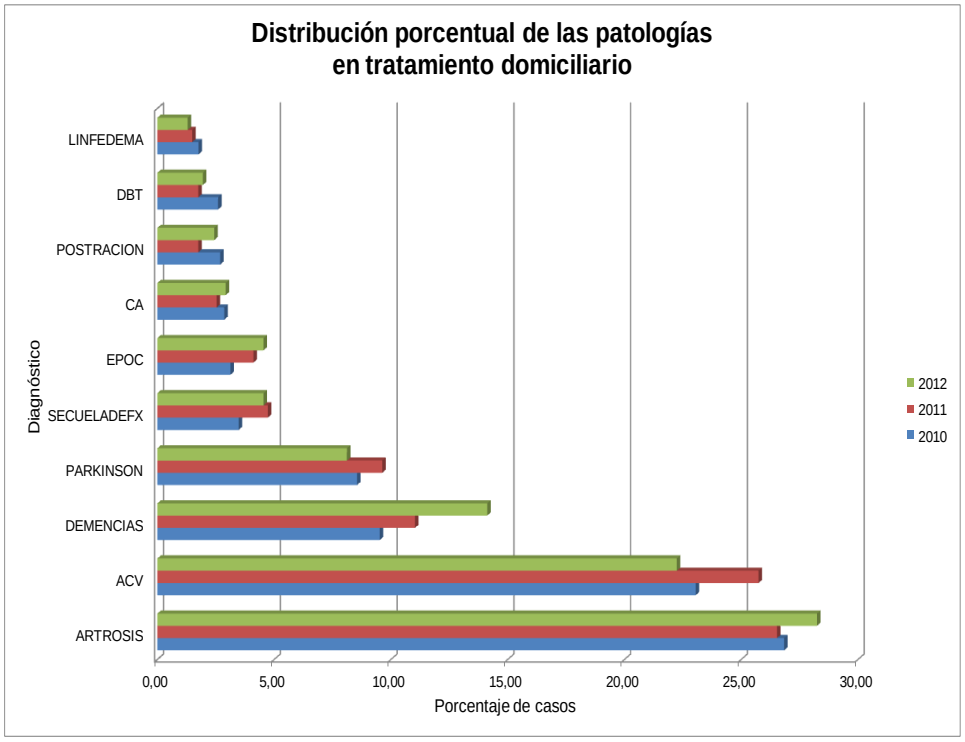


Figura Nº: 4 (Fuente: M.LARREGLE 2014)

El punto más llamativo de los valores encontrados está relacionado con la cantidad de sesiones de KTM a domicilio que son brindadas a los AM para dar alivio y mejoría a las enfermedades que los hacen dependientes, los aíslan de la sociedad y los limitan en las AVD. El en grafico Nº 5 se puede observar que la mayor parte de las intervenciones se cumplimentaron con solo 10 sesiones al año, y disminuye la demanda de las prestaciones correlativamente en 20, 30, 40 así hasta que algunos pacientes, muy pocos, accedieron a más de 90 prácticas al año.

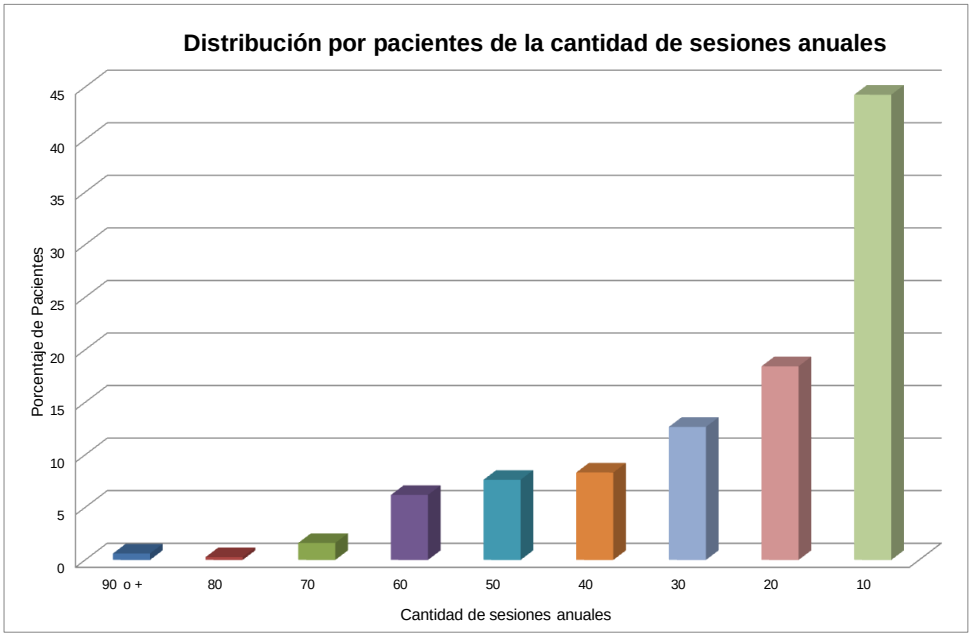


Figura Nº: 5 (Fuente: M.LARREGLE 2014)

La literatura indica que hay poca información disponible sobre los factores asociados con el uso de la fisioterapia. Habría que investigar acerca de ello, este sería el punto de partida para determinar si existen diferencias en la variación de la práctica, su resultado podría sugerir subutilización potencial o el uso excesivo de la misma.

RESULTADO DE LAS ENCUESTAS

Para tener una opinión de todos los actores que intervienen en el circuito de la prestación y en busca de información que permita generar y analizar datos e indicadores, se realizaron encuestas a familiares de pacientes intervenidos (63), médicos de cabecera prescriptores (84) y fisioterapeutas (72) que atienden a AM y realizan este tipo de tratamientos.

- ACCESO A LA PRESTACIÓN

Desde el comienzo del circuito de gestión del servicio, uno de los elementos considerados más necesarios para acceder a la FKT en el domicilio del paciente es el conocimiento y manejo de la información, tanto la que debe conocer el médico prescriptor como el familiar que gestionará su acceso. La información está relacionada con aspectos que tienen vinculación con el cuándo y cómo debe prescribirse dicho tratamiento, su frecuencia, el circuito administrativo, la cantidad de sesiones y las prácticas necesarias.

El análisis de las encuestas realizadas tanto a los médicos de familia como a familiares o cuidadores, revela una llamativa coincidencia en reconocer que ambos actores carecen de la información necesaria respecto a las prestaciones fisiokinésicas domiciliarias. (fig. 6 y 7).

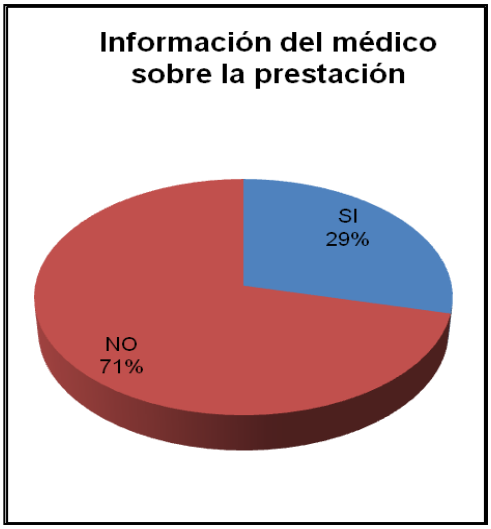


Figura Nº: 6

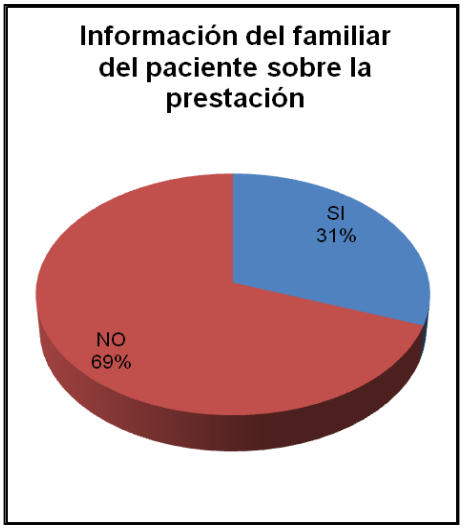


Figura Nº: 7

(Fuente: M.LARREGLE 2014)

La obra social que agrupa a los adultos mayores de 60 años en Argentina, PAMI, le autoriza a su afiliado 60 sesiones al año con posibilidades de ampliar la cobertura si por su diagnóstico fuera medicamente necesario. (Resolución 379/08, PAMI)

A manera de control sobre este punto, en las encuestas a familiares se incluyó una pregunta respecto al número de sesiones de FKT a domicilio que podía recibir el AM durante un año. La respuesta a dicho interrogante permitió constatar efectivamente la carencia de información apropiada (fig.8)

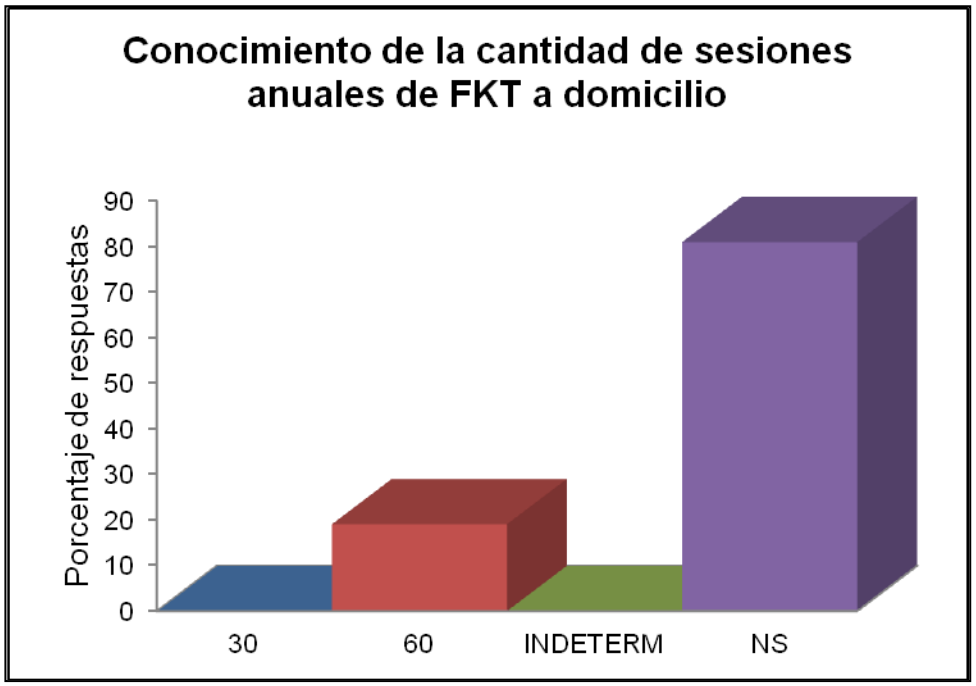


Figura Nº: 8 (Fuente: M.LARREGLE 2014) NS=no sabe, INDETERM= Todas las que necesite. 60=60 sesiones, 30=30sesiones

Las motivaciones aludidas por los familiares para gestionar la solicitud del servicio de FKT a domicilio, fueron mayoritariamente la postración del paciente (43% de casos), la comodidad de contar con asistencia kinésica domiciliaria (37%) y en menor porcentaje el costo de traslado para recibir FKT en un centro especializado (19%).

Una vez en tratamiento, los familiares informaron que la mayor dificultad para continuar con el servicio se encuentra en la gestión del trámite administrativo de renovación (82% de casos). Un 10% de las respuestas informaron que discontinuarían el tratamiento por

falta de colaboración del paciente y el 8% lo harían si hubiera insatisfacción del paciente con el terapeuta.

Asimismo, muchos de los profesionales médicos de cabecera señalan como una inconveniencia que desalienta la continuidad del tratamiento, al trámite de renovación de la prestación. Representado gráficamente en la fig. 9.

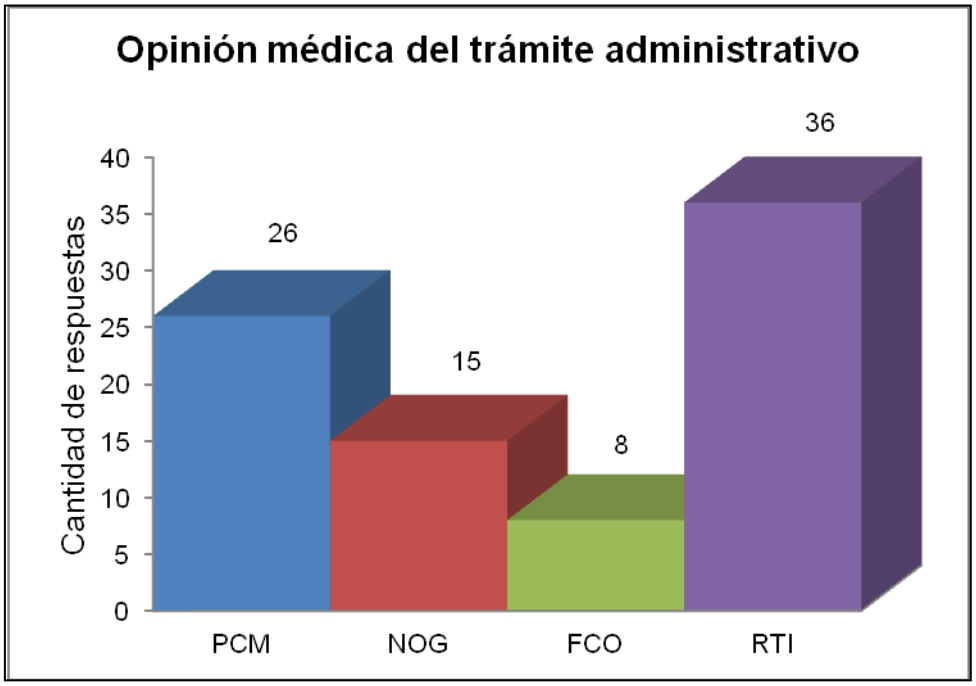
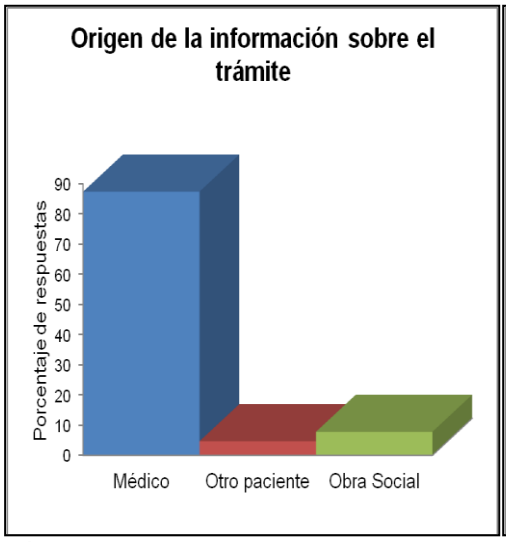


Figura Nº:9 PCM= Permite un control mensual indispensable; NOG= No tiene guías de procedimientos claras; FCO= Es un trámite fácil, corto y oportuno; RTI=Repite trámites innecesarios que desalientan la accesibilidad al servicio. (Fuente: M.LARREGLE 2014)

Sin embargo, la información de la existencia del servicio, el consejo y prescripción del mismo, como así también la indicación de cómo acceder fue suministrada casi en la totalidad de los casos por el médico de cabecera, información que fue en general suficiente para acceder a la prestación. Figuras 10 y 11.



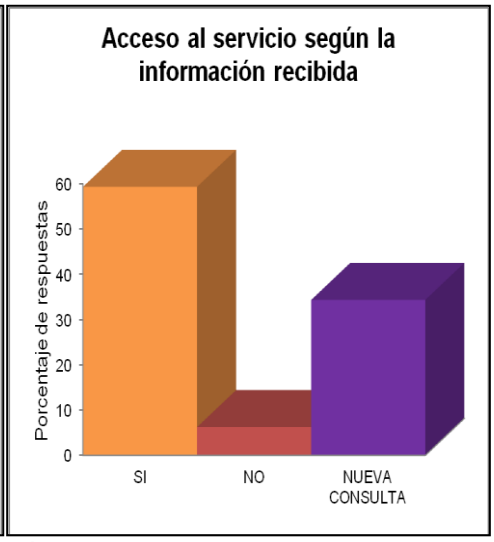


Figura Nº: 10 Figura Nº: 11

(Fuente: M.LARREGLE 2014)

Un análisis no-paramétrico realizado mediante la prueba de correlación de Spearman, indica que efectivamente la información brindada por el médico en este caso permitió el acceso al servicio (p= 0,029).

En orden de mayor a menor, la lista que a continuación se detalla, responde a la información que tienen los familiares o cuidadores respecto a cuáles son los objetivos por los que el paciente tiene indicada la práctica fisiokinésica a domicilio:

1) Mantener al paciente activo dentro de sus posibilidades
2) Retrasar la presentación de complicaciones propias de su patología
3) Aliviar los dolores que produce la enfermedad
4) Proveer herramientas a familiares de cómo ayudar al paciente.

Mantener al paciente en las mejores condiciones posibles (61%) es la respuesta más elegida como expectativa de los familiares o cuidadores respecto al tratamiento fisioterapéutico.

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS SOBRE LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE FISIOTERAPEUTAS Y MÉDICOS.

Ahondando en la problemática planteada se extiende la búsqueda de indicadores investigando la formación de los profesionales actuantes. La siguiente tabla Nº:2 contiene los datos porcentuales comparativos en relación a los años de experiencia profesional como médicos y fisioterapeutas de los encuestados que atienden a adultos mayores.

	FISIOTERAPEUTAS		MEDICOS	
Antigüedad en años	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
< 5	11	15	4	5
6 a 10	11	15	11	13
11 a 20	25	35	15	18
> 20	25	35	54	64
Totales	72	100	84	100

Tabla Nº:2 (Fuente: M.LARREGLE 2014)

Al evaluar la formación en geriatría durante los estudios universitarios de grado, el 41% de los médicos encuestados respondió que la curricula poseía pocos contenidos sobre la fisiopatología, etapa evolutiva y trabajo en interdisciplina; un 33% negó haber recibido ése tipo de formación, el 20% consignó una respuesta afirmativa, 2% de estos profesionales consideraron suficiente la formación de pregrado en la materia y el 4% de ellos no respondió.

Las respuesta obtenidas a la misma pregunta a fisioterapeutas, muestra que 32 de ellos manifiestan haber recibido pocos contenidos en esta etapa de formación; 20 niegan haber recibido alguna formación en estos temas; 10 reconocen que si recibieron, mientras que el resto se reparte en suficientes (7) o no recuerdan (3).

En cuanto a la formación profesional del médico de post grado en geriatría, más de la mitad de los mismos (48) refirieron haber realizado un curso anual de formación; 13 optaron la opción de tener la especialidad en geriatría, 2 informaron poseer titulación en maestría y 29 respuestas consignaron tener además otra formación de postgrado a las ya mencionadas (médicos generalistas, medicina familiar y comunitaria, medicina interna, etc.)

Por su parte, los profesionales kinesiólogos respondieron en forma mayoritaria haber accedido a la formación de postgrado en geriatría mediante jornadas y talleres; 16 respuestas corresponden a curso anual; 1 caso consignó poseer diplomatura; 21 respuestas refieren haber logrado formación mediante investigaciones propias o cruzamiento de experiencias entre colegas.

El análisis estadístico mediante el test de Separman (no-paramétrico), muestra una significativa correlación negativa entre la antigüedad profesional de los médicos y la formación de pregrado en geriatría. Esto equivale a decir que aquellos médicos de mayor antigüedad, recibieron menos información en esta materia específica, mientras que los que egresaron recientemente, contaron con mayor instrucción en geriatría (P= 0.04).

Por el contrario, igual análisis estadístico aplicado a los de las encuestas completadas por profesionales de la kinesiología, no mostró diferencias significativas en la correlación de la antigüedad en la profesión y los conocimientos recibidos de geriatría en el pregrado (p= 0.13).

Finalmente, el 79% de los kinesiólogos negó haber realizado prácticas domiciliarias durante la etapa de grado, mientras el 21% restante respondió afirmativamente. De las entrevistas a los responsables de la formación universitaria, se aclaró que no es legal la práctica en domicilio con alumnos por lo que se desestima ese 21% de respuestas.

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE FKT A DOMICILIO

Los datos obtenidos indican que la prescripción médica del tratamiento de FKT a domicilio se realiza en su gran mayoría porque el paciente se encuentra postrado o deambulaba con dificultad. Solamente un mínimo de casos informaron que la falta de recursos o cuestiones de comodidad fueron razones para indicar la FKT a domicilio.

Desde la óptica de los familiares y cuidadores, el comienzo del tratamiento de FKT a domicilio fue indicado cuando los síntomas y signos de la enfermedad ya habían invalidado al paciente en un 56% de los casos, el 29% accedió al servicio desde su diagnóstico y un 15% de casos contestaron que pudieron recibir FKT domiciliaria en respuesta a su demanda ante el facultativo.

El concepto de "interdisciplina" no parece tener la misma significación para los médicos que para los fisioterapeutas. Las encuestas realizadas a los profesionales en cuanto a la percepción sobre el trabajo en interdisciplina, muestran resultados que no son coincidentes, como puede verse en la figura Nº:12.

Los fisioterapeutas consideran en su mayoría que solo "a veces" (43/72) pueden trabajar en forma interdisciplinaria, mientras que los médicos, dividen sus respuestas proporcionalmente en las tres opciones. Coincidentemente, la más elegida fue la de "a veces"(31) mientras que con solo una respuesta menos, la segunda opción médica fue la que indica que "no hay interdisciplina"(30).

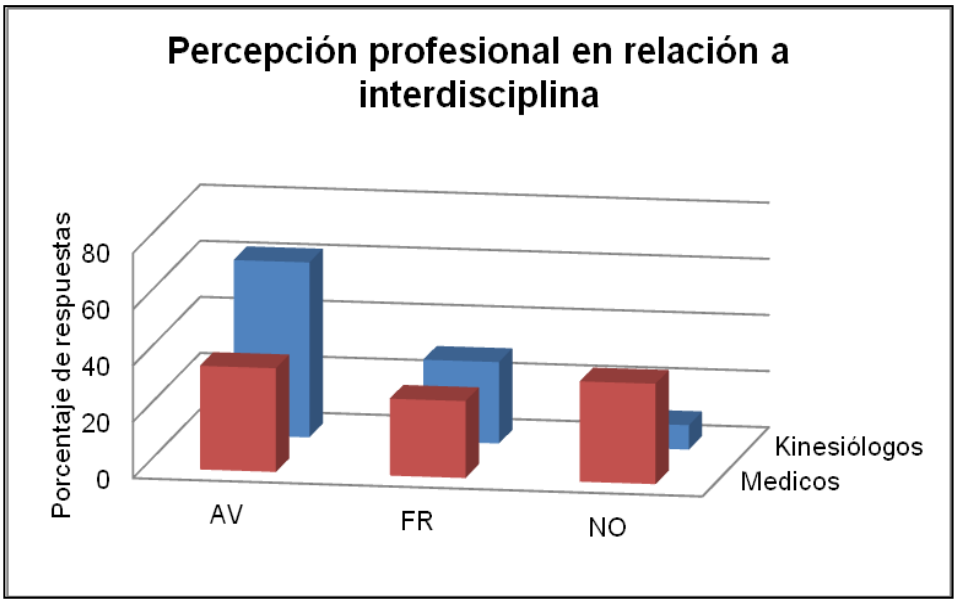


Figura Nº: 12 AV= A veces, FR= frecuentemente, NO = no hay interdisciplina. (Fuente: M.LARREGLE 2014)

En la teoría, los encuestados, conceptualizan a la interdisciplina como un factor necesario que incide en el éxito de la FKT a domicilio junto a la inclusión y participación de la familia como parte del tratamiento.

También consideran que tratamientos prolongados o sin interrupciones tienen importante influencia en el éxito de esta terapia.

Solo encontramos diferencias en las respuestas referida a la voluntad puesta por el paciente para colaborar en el tratamiento, concepto que por sus características es más objetivable por el fisioterapeuta. Figura Nº 13

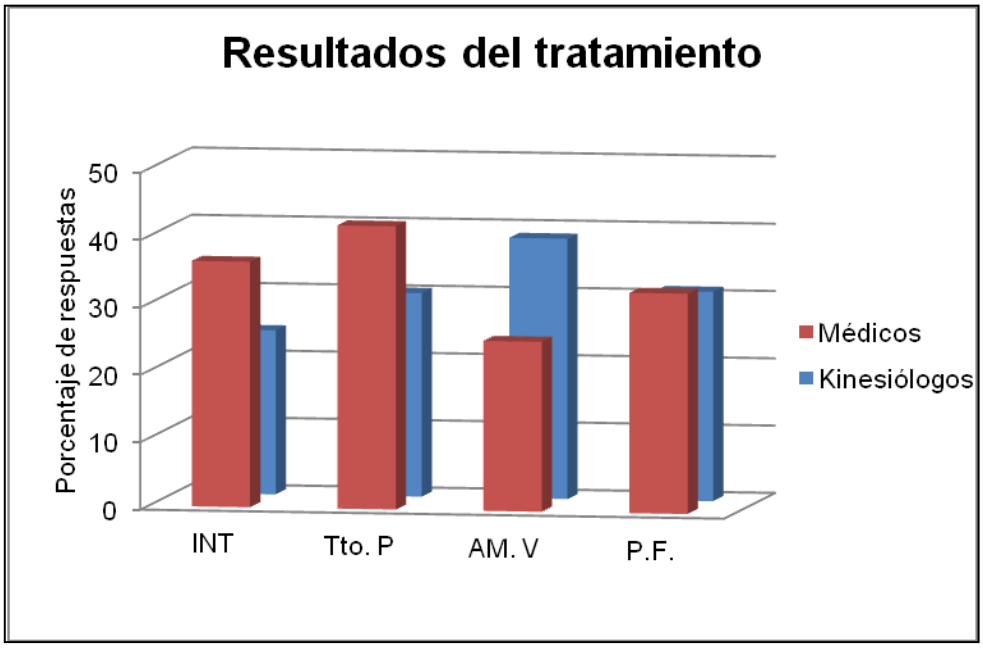


Figura Nº:13 INT= Trabajo interdisciplinario en equipo, Tto.P = Tratamientos prolongados, AM. V= Adultos mayores voluntariosos, P.F.= Participación familiar en la terapia. (Fuente: M.LARREGLE 2014)

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS RESPECTO AL ENTORNO SOCIAL

El análisis de 63 encuestas practicadas a familiares o cuidadores indica que los hijos y/o parejas de los pacientes son quienes básicamente se encargan del cuidado del adulto mayor dependiente, 8 casos alternan esta responsabilidad entre familiares y cuidadores, 5 de ellos son asistidos por hermanos, 11 casos respondieron que los cuidados estaban a cargo de personas ajenas a la familia y solo en un caso los vecinos cuidan del paciente.

En las respuestas emitidas por los fisioterapeutas respecto a si el grupo familiar se compromete y apoya su terapia de rehabilitación, la mayoría interpreta que solo a veces los familiares colaboran. Figura Nº:14

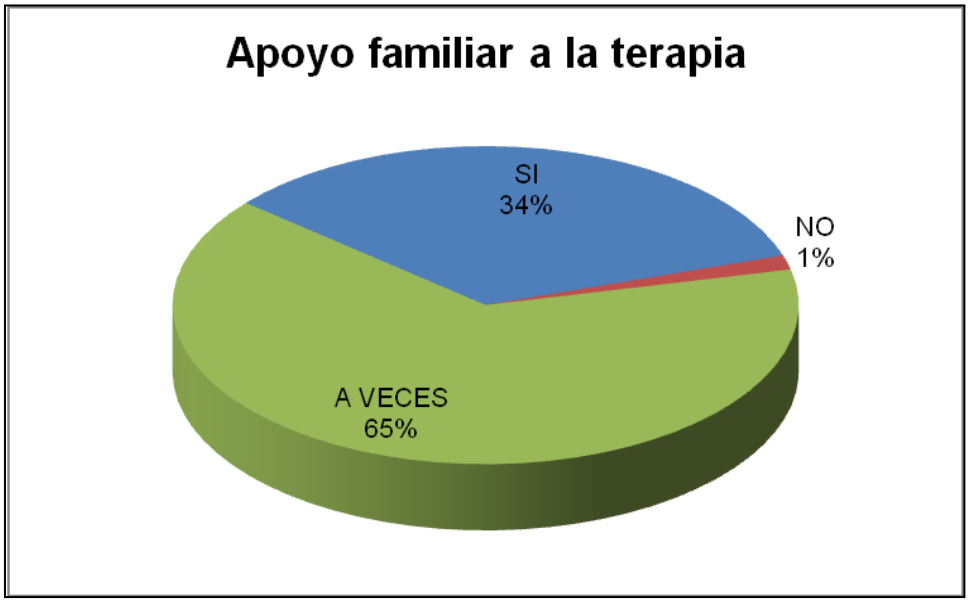


Figura Nº:14 (Fuente: M.LARREGLE 2014)

En opinión de los familiares y/o cuidadores, la asistencia que prefieren para ayudar al paciente en el domicilio se resume a la fisioterapia en el 88% de casos. El 10% de las respuestas indicó su preferencia por asistentes formados para atender a adultos mayores y el 2% identificó que podría dar participación a otros profesionales.

Finalmente, las preguntas destinadas a evaluar la opinión de los familiares o cuidadores en procura de mejorar la prestación del servicio en domicilio, muestran claramente la necesidad de simplificar los trámites de acceso a la prestación. Figura Nº:15

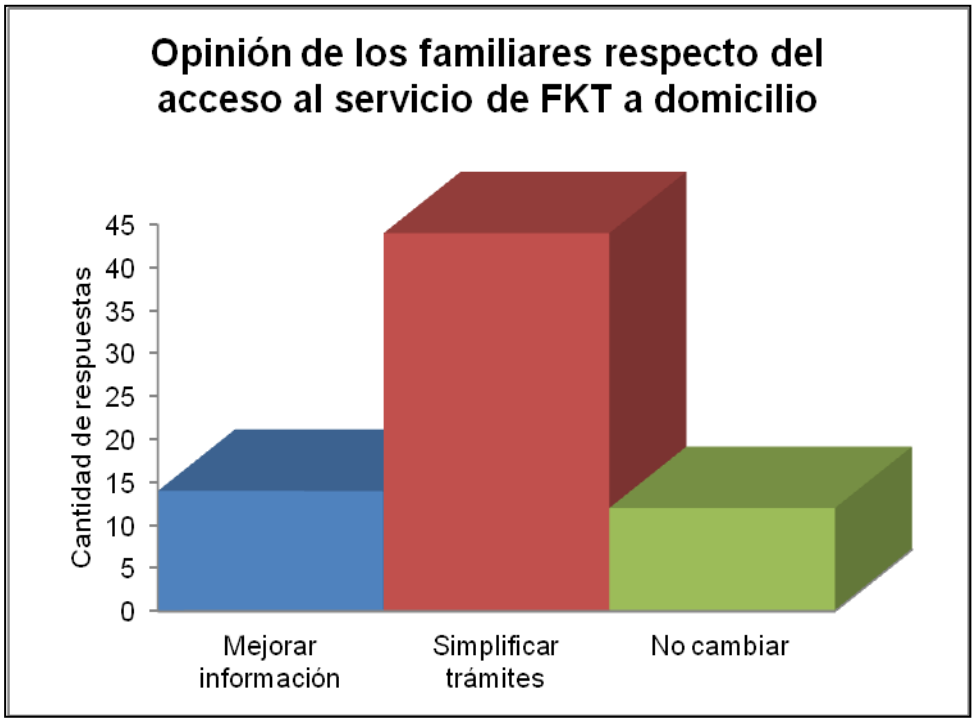


Figura Nº: 15 (Fuente: M.LARREGLE 2014)

RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS

Para completar la información de este trabajo, se realizaron entrevistas a las personas responsables de la formación y capacitación de alumnos y egresados en la ciudad de Córdoba Capital y otros actores que integran redes de servicios de salud.

- En el ámbito de la UNC se entrevistó al director de la escuela de fisioterapia y kinesiología quien manifestó que desde hace 2 años (2013-2014) se trabaja en la "reforma del plan de estudios" que en sus contenidos contempla la problemática del Adulto Mayor y prevé módulos atencionales que se plantean como "kinefisiatría gerontológica" los cuales han sido conformados con un enfoque interdisciplinario. El plan de estudios vigente es del año 1986 y desde entonces se han incorporado actualizaciones pero no reformas. No tienen acuerdos con otros organismos para desarrollar tareas vinculadas con la FKT a domicilio y considera que esta, en adultos mayores con patologías crónicas, es una práctica que tiene un marcado crecimiento. Refiriéndose a las barreras que obstaculizan la formación de post grado, atribuye al financiamiento la falta de oferta de capacitación en esta especialidad.
- La Decana de la Universidad Católica de Córdoba (UCC) comentaba en su entrevista que la UCC desde noviembre de 2009 tiene acreditada la carrera de post grado en geriatría aprobada por la CONEAU que integran en interdisciplina con las carreras de medicina, odontología, nutrición, técnico instrumental quirúrgico y enfermería. En todas las carreras de grado dependientes de medicina de esa Universidad se han adaptado las modificaciones curriculares necesarias con actividades teórica y prácticas obligatorias con la tercera edad. Se encuentra en proyecto una oferta de servicios denominada "Técnicas del Movimiento" que contempla

actividades con AM También han incorporado módulos con contenidos sobre el envejecimiento activo desde el primer año de la carrera y actividades programadas en centros geriátricos con participación de alumnos y docentes con valor académico, no es un voluntariado. Los convenios solo se han realizado con centros de asistencia a adultos mayores. La UCC tiene implementado cursos de acompañamientos terapéuticos y programas de actualización en asistencia geriátrica, hay voluntariados en enfermería, nutrición y odontología. Profesores de la UCC trabajan en función del llamado a la acción para cambiar actitudes políticas y prácticas relacionadas con el envejecimiento y los programas tienen un nivel básico de competencia clínica para evaluar, planificar y poner en práctica terapias con vistas a una educación comunitaria del Adulto Mayor. Considera a la atención fisiokinésica "en domicilio" como una necesidad prioritaria. Opina que esta problemática en su ámbito, tiene como fortaleza que exista en la UCC la carrera de post grado y considera una debilidad la falta de políticas sanitarias normadas, -no hay recurso humano formado dice, porque no hay interés en formarse, y la falta de interés responde a una cuestión económica. Con el gobierno nacional (MSN) tienen convenio marco en la carrera de Médicos en Salud Social y Comunitaria. También hay convenio para la formación de agentes sanitarios.

- Otra entrevista, con el Presidente de la Regional Córdoba de Kinesiólogos y Fisioterapeutas quien comentaba que la Institución que preside no tiene un cronograma establecido para trabajar específicamente en el tema del envejecimiento poblacional y la necesidad de FKT a domicilio, aunque hace ya varios años que desarrollan un curso anual sobre trabajo de profesionales en interdisciplina, lamentablemente

interrumpido este semestre (agosto/14). La Regional tienen asociados que se están formando en la especialidad de Gerontología Social y Comunitaria que depende del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación como a si también desde la Dirección Nacional para Adultos Mayores son convocados a los eventos que esta realiza concurriendo, como participantes, un promedio 30 fisioterapeutas referentes de su regional; con el Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba los participan para disertar con charlas de salud de características preventivas. También con la Caja de Jubilaciones de la Provincia de Córdoba realizan una tarea en donde la Regional de Kinesiólogos, las Asociaciones del dolor y la Caja, participan en un congreso anual. Cuando hablamos de aquellos profesionales formados en la especialidad de gerontología y geriatría kinésica, comenta que estos en general no buscan con este curriculum una mejora económica, por lo tanto es un grupo muy reducido. Aquellos que la practican son personas que ponen mucha vocación de servicio y corazón. También manifiesta que muchos profesionales que atienden adultos mayores no tienen formación en el trabajo en interdisciplina y que la misma se practica en forma aislada. Cuando se le pregunta si hay proyectos generados con otras instituciones para tratar el tema del envejecimiento dice no haber sido convocado; la Regional no tiene cifras estadísticas de este tipo de prácticas y su opinión es que los profesionales hasta que logran adquirir una especialización rentable, trabajan con los adultos mayores como una forma de comenzar en la profesión. Refiriéndose a la capacitación de los colegas, cree que los profesionales no pagan en formación si luego esta no les va a dar una mejora rentable. Considera que el tema del AM tiene necesidades sanitarias que deberían estar presente en las

agendas de las políticas Institucionales asumiendo que hay que comenzar.

- Otra entrevista fue realizada al Presidente del Colegio de Kinesiólogos y Fisioterapeutas y a la Vocal de Capacitación Profesional, en la misma manifestaron que el colegio no ha sido convocado por ninguna organización Nacional, Provincial, Municipal, Internacional o Privada para intervenir en proyectos que tenga que ver con el AM y la puesta en marcha de acciones para intervenir, con la inclusión de profesionales fisioterapeutas, en el envejecimiento activo. Este año y por primera vez desde el Ministerio de salud de la Provincia fueron convocados todos los colegios de profesionales de la salud, la convocatoria tuvo por objeto participar en la elaboración de programas de capacitación e investigación y la unificación de criterios en la formación de profesionales. Tienen vínculos con la FEPUC, Institución cuya misión es Coordinar las actividades de defensa, promoción y difusión de las profesiones universitarias para defender la jerarquía y prestigio de las profesiones en el orden científico y técnico y organizar, difundir y promover actividades culturales, técnicas, científicas, que permitan la actualización de conocimientos entre los profesionales. Reconocen ambos no tener proyectos con esta organización referente a los compromisos con el adulto mayor y el envejecimiento poblacional. Manifiestan también que les cuesta mucho encontrar personas capacitadas para poder hacer este tipo de formación y que la interdisciplina siempre ha sido muy escasa con los otros integrantes del equipo de salud. Reconocen que los fisioterapeutas en su formación de grado no reciben suficiente información y práctica para trabajar con adultos mayores mientras que reconocen que estos son, en general, sus primeros pacientes.

- Desde el sector Privado, la Cooperativa que nuclea a la mayoría de los médicos de cabecera de Córdoba Capital como así también a los fisioterapeutas a través de su Presidenta expresaba en entrevista que no es fácil encontrar en el medio, profesionales formados en el trabajo interdisciplinario, que la mayoría de los médicos de su Red tienen la especialidad del curso anual que les dicta el PAMI y la UNC, que la institución a su cargo desarrolla permanentemente con los médicos, jornadas de capacitación y además charlas que vinculan el I y II Nivel de prestación. Respecto a las actividades de fisioterapia considera que una barrera para el acceso a estas prácticas la encuentra en la falta centros periféricos de atención ambulatoria integral y acreditados, lo que a veces hace que se deriven a domicilio intervenciones innecesarias en esta modalidad; otra, es la gestión administrativa de autorización para el acceso al servicio de FKT a domicilio que se rige de acuerdo a circuitos estipulados por las obras sociales; mientras que la gratuidad, la cantidad de sesiones y la disponibilidad de prestadores a domicilio en capital son agentes facilitadores. Refiriéndose a tareas con otras instituciones dice que los prestadores de su Red participan del programa de prevención HADOB que brinda el PAMI a sus afiliados y por su parte, la Cooperativa financia charlas y recomendaciones a los AM con temas de prevención de la salud. Mantienen contacto con todos sus prestadores a través de una página web desde donde los informan y también autorizan “on line” aquellas prácticas cuyos obras sociales permiten esta modalidad. Sobre acciones para la detección de personas AM en riesgo de soledad o aislamiento manifiesta que no hay procedimientos acordados, que en general la tarea de solidaridad de vecinos es la que se encarga de estos casos y en el interior de la

provincia la cobertura de los servicios y el acceso a dispensarios municipales son las posibilidades sanitarias más usadas. Reconoce no tener cifras estadísticas sobre la intervención a AM con FKT a domicilio, y responde afirmativamente cuando se le interroga acerca de si el servicio solo responde a dar respuesta a una demanda, ellos no tienen responsabilidad sobre investigar respecto a indicadores de calidad, de costo sanitario ni de los resultados que las prestaciones tengan respecto a ganancia en salud.

DISCUSIÓN

La demanda de FKT a domicilio en los años estudiados tuvo un significativo aumento en el año 2011 respecto al 2010 y luego creció en menor porcentaje pero siempre en ascenso tanto en número de pacientes (98%) como en cantidad de sesiones demandadas (88%).
Varios factores pudieron influir:

- El reconocimiento de la figura del médico de cabecera para la atención de los AM se ha ido consolidando en el período evaluado.
- Los AM y sus familiares han aprendido que el punto de partida del sistema comienza en las indicaciones y recomendaciones de este facultativo.
- El número de fisioterapeutas que atienden esta población se ha incrementado notablemente.
- Las prácticas FKT a domicilio actualmente responden a un sistema de pago directo por prestación al profesional.

Los resultados obtenidos muestran una vez más que, como observador participante de la bibliografía consultada, las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres pero sufren mayores cargas de morbilidad y discapacidad. En igual sentido, la investigación realizada en esta tesis, muestra que las diferencias de género se mantienen invariables durante el período analizado. La cantidad de mujeres que reciben fisiokinesioterapia domiciliaria siempre duplica a la de hombres.
Los diagnósticos que generaron las derivaciones para las intervenciones a domicilio del fisioterapeuta, Artrosis, secuelas de ACV, Demencias, Parkinson, secuela de fracturas, EPOC, etc. son procesos de larga evolución por su cronicidad. Los resultados obtenidos en el presente trabajo de tesis, indican que los profesionales actuantes pueden resolver cada caso de una forma distinta. La inexistencia de guías de procedimientos o protocolos

respecto a las prestaciones FKT a domicilio, sustentan esta hipótesis.

Entonces me pregunto ¿Qué patologías pueden tratarse en el domicilio y cuáles deben derivarse a Atencion Especializada?

Los fisioterapeutas ¿deben aceptar cualquier tipo de patología o deben tratar solo aquellas para las que están formados?

¿Qué patologías puede derivar un médico de cabecera para la atención a FKT a domicilio y cuáles debe derivar a un centro rehabilitador?

En el caso de los pacientes derivados directamente por el médico de cabecera ¿cuál es el plan terapéutico? ¿Cuántas sesiones se pautan? ¿Cuál es el procedimiento cuando el paciente no experimenta mejoría? ¿Y si presenta alguna complicación? ¿Cuáles son los criterios del alta? ¿Cada fisioterapeuta toma su propia decisión?

Cuando un paciente, dado de alta por su médico de cabecera, para el tratamiento de FKT a domicilio, ¿debe aceptarse que después otro profesional especialista solicite la continuidad del tratamiento o viceversa? (Fernandez Jentsch, G y col., 2011)

Se había encontrado en los resultados, que el punto más llamativo de los valores analizados está relacionado con la cantidad de sesiones de FKT a domicilio que son brindadas a los AM para dar alivio y mejoría a las enfermedades que los hacen dependientes, lo aíslan de la sociedad y lo limitan en las AVD. La indicación de solo *10 o 20 sesiones anuales* de FKT a domicilio fueron las más usadas según el análisis de las encuestas realizadas. No es posible explicar si esta escasa cantidad de prestaciones es debida a variabilidad de la práctica médica o a la falta de continuidad por parte de los pacientes en la terapia.

Aunque uno de los principales indicadores encontrados en la contratación de este servicio es la utilización de la sesión como unidad de medida de financiación. Se define la sesión como el

conjunto de actividades que se realiza sobre un paciente en un día. La utilización de esta medida no permite tener una idea global del episodio a rehabilitar y conlleva un problema de inequidad , mismas patologías tienen un número diferente de sesiones, a veces, en función de criterios subjetivos, y un problema de ineficiencia, mismas patologías reciben diferente financiación en función del número de sesiones.(Ollakarisketa, J.M.Sanzo; 2001)

Una vez en tratamiento, los familiares de pacientes informaron que la mayor dificultad para continuar con el servicio se encuentra en la gestión del trámite administrativo de renovación. Asimismo, muchos de los profesionales médicos de cabecera señalan como una inconveniencia que desalienta la continuidad del tratamiento, el trámite de renovación de la prestación. Sin embargo, la información de la existencia del servicio, el consejo y prescripción del mismo, como así también la indicación de cómo acceder fue suministrada casi en la totalidad de los casos por el médico de cabecera, información que fue en general suficiente para autorizar la prestación.

La demanda de atención médica es especialmente interesante para la teoría económica. Las características especiales del “bien salud” nos impide analizarlo utilizando las herramientas tradicionales. La demanda de atención sanitaria se origina en la producción de salud que realiza cada individuo, es decir que la atención médica es solo la puerta de entrada para producir salud. Esta atención médica origina una gran cantidad de demandas entre las cuales podemos identificar la FKT a domicilio, en estos casos no es el individuo el que demanda sino que lo hace a través del médico quien indica qué y cómo demandar. Si bien el paciente es el que demanda la asistencia sanitaria en primera instancia, es el médico el que posteriormente decide por él en cuanto a tratamiento, estudios, nuevas consultas etc., convirtiéndose en oferente y demandante simultáneamente,

siendo la información asimétrica el principal inconveniente a resolver.(Temporelli, Karina, 2004)

Analizadas las encuestas no cabe dudas que todos los actores intervinientes, médicos, fisioterapeutas y familiares buscan en la prestación de FKT a domicilio la posibilidad de mantener al paciente lo más activo posible y en las mejores condiciones para el desarrollo de las AVD.

Sin embargo la interdisciplina solo es practicada “a veces”. Una mirada crítica respecto a la formación profesional recibida, los antiguos y actuales programas de estudios y la formación de post grado disponible, nos ubica frente a un serio inconveniente de articulación de las prácticas de intervención en la vejez, probablemente, por la falta de formación profesional en esta etapa del ciclo vital y su enfoque interdisciplinario.

Según cifras de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 del INDEC referente a la indicación de medicamentos, a algo más de la mitad (52%) de las personas de 60 años y más se le indicaron medicamentos en el último mes (Ondarsuhu, D., 2014), y según datos PAMI, la tasa de uso general de los servicios ha crecido del 30% en 2004 a 94% en 2014 (Cardelli, M., 2014) fuertes indicadores que el uso de las prestaciones médicas crece a un ritmo sumamente rápido. Respecto al resultado de las entrevistas y considerando este dato de uso de los servicios, se observó que los profesionales dan respuesta a la demanda de atención FKT a domicilio, pero no se cuenta con datos estadísticos que tengan indicadores de criterios de inclusión, evolución, altas, dinámica de la prestación, etc.

La gestión del servicio asistencial, el circuito de interconsultas y derivaciones, y el manejo de la patología, así como indicadores básicos de seguimiento se deberían complementar de modo que fomenten relaciones de confianza y respeto entre los profesionales de un equipo asistencial, donde los valores, los principios, la

evidencia científica y la minimización de la variabilidad en la práctica clínica sean pilares que sustenten estrategias legítimas y aspiraciones deseables.(Plan de rehabilitación, 2010)

CONCLUSIONES

- En el presente trabajo se pudo constatar que el aumento de la demanda de la FKT a domicilio durante el período analizado, se incrementó en un 98% más de pacientes que requirieron la prestación de FKT a domicilio en 2011 que en 2010 y un 18% más en 2012 respecto a 2011. En relación al porcentaje de sesiones realizadas el aumento fue del 88% de 2010 a 2011 y del 7 % 2011 a 2012.
- La prestación muestra un aumento importante en los meses de septiembre y octubre de 2012 y una disminución en diciembre de los tres períodos evaluados.
- Desde la formación de grado, los médicos de mayor antigüedad, recibieron menos información en materia de geriatría, mientras que los que egresaron recientemente, contaron con mayor instrucción en relación a la atención de adultos mayores. La mayoría de los médicos que conforman la red de prestadores de primer nivel, completan el curso anual en geriatría que responde a un convenio de PAMI con la UNC, al tiempo que participan de jornadas de capacitación continua.
- Por el contrario, los profesionales kinesiólogos, no recibieron conocimientos en geriatría de modo diferencial, según la antigüedad en la profesión. En la carrera de grado de la Escuela de Fisioterapia y Kinesiología de la UNC, el plan de estudios vigente es del año 1986 y desde entonces se han incorporado actualizaciones pero no reformas. Existe oferta de capacitación de post grado en la UNC en Maestrías y a nivel Nacional en Especialidad a las que pueden acceder los profesionales fisioterapeutas, pero en la investigación efectuada en encuestas realizadas a fisioterapeutas que

atienden a AM, no se identificaron maestrandos ni especialistas formados en estas carreras.

- Se observan indicadores que señalan una conducta prescriptiva de los profesionales médicos respecto del uso de las practica FKT a domicilio. Los actores, médicos, familiares y fisioterapeutas, no tienen claro las características de las normas que regulan estas prestaciones. El servicio sanitario referido no responde a un modelo con objetivos de tratamiento integral e integrador y la oferta prestacional no tiene un enfoque interdisciplinario. Podemos hablar entonces de una prestación fragmentada no solo por la multiplicidad de actores que intervienen sino también por la ausencia de principios y criterios integradores. Se identifica el trámite administrativo de autorización mensual como obstáculo para acceder al servicio. Los profesionales fisioterapeutas solo son responsables de dar respuesta a la demanda, sin requerimientos de demostrar garantías de calidad.

RECOMENDACIONES

Evaluando las políticas públicas nacionales vigentes, que desarrollan una intensa actividad social y comunitaria, con un objetivo claro, el de reconocer al adulto mayor como un sujeto de derecho, se observa que estas, no van de la mano, en intensidad e implementación con los cambios que las instituciones prestadoras de salud y los entes formadores de profesionales deberían adecuar ante este nuevo paradigma.

Indefectiblemente, por más activo que sea el AM, en algún momento del ciclo vital su dependencia requiere cuidados y las atenciones sanitarias son más solicitadas, por ello se observa una inminente necesidad de:

- Minimizar la variabilidad de la práctica con guías de procedimientos y protocolos.
- Fomentar la interdisciplina basada en relaciones profesionales que gocen de confianza y respeto.
- Promover la investigación poniendo especial atención en nuevas líneas que aporten herramientas y estrategias para responder a las necesidades de la demanda.
- Recurrir a la tecnología disponible para utilizar toda la información que permita que la toma de decisiones optimice la productividad y el uso racional de los recursos.
- Fomentar la responsabilidad social a todos los actores, incluidas las empresas de salud, a que desarrollen acciones para promover el voluntarismo y el asociativismo basado en estrategias legítimas y aspiraciones deseables.

ANEXO I

ENCUESTA DIRIGIDA A PROFESIONALES FISIOTERAPEUTAS MATRICULADOS

A- sobre la formación de grado y post grado

1- es Ud. licenciado en fisioterapia y kinesiología?
- si
- no

2- qué antigüedad tiene en la profesión?
- 1 a 5 años
- 6 a 10 años
- 11 a 20 años
- 21 años o más

3- durante su etapa de estudiante de grado, recibió formación sobre tratamientos a ancianos afectados con patologías crónicas?
- si
- no
- no recuerda

4- debió realizar durante su formación de grado prácticas obligatorias de tratamientos con adultos mayores con patologías crónicas en domicilio?
- si
- no

5- realizó alguna formación de post grado en geriatría referente al abordaje de las patologías crónicas en domicilio ? puede marcar todas las opciones que indiquen su formación
- curso anual
- jornadas
- talleres
- maestría

- diplomatura
- investigaciones propias y entrecruzamiento de experiencias entre colegas

6- cree Ud. que la curricula de los programas que le ofreció la Universidad en su etapa de grado, incluían contenidos sobre la fisiopatología, etapa evolutiva y el trabajo interdisciplinario en la tercera edad?

- si
- no
- pocos
- suficientes
- no recuerda

7- en los congresos, simposios o jornadas a los que ha concurrido, es común que se presenten resultados de trabajos de investigación realizados con ancianos en el domicilio?

- si
- no
- siempre
- pocos

B- sobre la actividad profesional que desarrolla

1. realiza tratamientos de fisiokinesioterapia en domicilio a adultos mayores?

- si
- no

2. atiende adultos mayores con patologías crónicas en domicilio?

- si
- no

3. siente que desarrolla una actividad en interdisciplina con otros miembros del equipo de salud?

- a veces

- frecuentemente
- no hay interdisciplina

4. encuentra compromiso del grupo familiar poyando su trabajo para la mejor calidad de vida del familiar a cargo?

- si
- no
- a veces

5. los objetivos de tratamientos de patologías crónicas en domicilio con adultos mayores los trabaja: puede marcar más de una opción

- de acuerdo a lo que solicita el médico
- dando respuestas a la demanda de la familia o cuidador
- según el resultado de la valoración realizada, plantea sus propios objetivos
- teniendo en cuenta todas las opciones

6. los mayores beneficios en los tratamientos de fisiokinesiología a domicilio se observan en pacientes trabajados con: puede marcar más de una opción

- intervenciones de equipos multidisciplinarios coordinados
- tratamientos prolongados y sin interrupciones
- pacientes voluntariosos
- familias participativas

ANEXO II :

ENCUESTA DIRIGIDA A PROFESIONALES MEDICOS

1- es Ud. médico de cabecera de adultos mayores?
   - si
   - no
2- qué antigüedad tiene en la profesión?
   - 1 a 5 años
   - 6 a 10 años
   - 11 a 20 años
   - 21 años o más
3- realizó alguna formación de post grado en geriatría ? puede marcar todas las opciones que indiquen su formación
   - curso anual
   - especialidad en geriatría
   - maestría
   - diplomatura
   - otra especialidad (especifique)
4- cree Ud. que la curricula de los programas que le ofreció la universidad en su etapa de grado incluían contenidos sobre la fisiopatología, etapa evolutiva y el trabajo interdisciplinario en la tercera edad?
   - si
   - no
   - pocos
   - suficientes
   - no recuerda
5- indica tratamientos de fisiokinesioterapia en domicilio a adultos mayores porque:
   - están postrados o en sillas de ruedas
   - deambulan con dificultad
   - no tienen recursos para trasladarse hasta un consultorio

- es más cómodo para el paciente

6- siente que desarrolla una actividad en interdisciplina con los kinesiólogos que conforman el equipo de salud?
   - a veces
   - frecuentemente
   - no hay interdisciplina

7- los tratamientos fisiokinésicos a domicilio con dx. de patologías crónicas en adultos mayores los indica:
   - porque observa respuestas positivas en los pacientes trabajados con FKT a domicilio
   - dando respuestas a la demanda de la familia o cuidador
   - porque la evolución de la patología requiere de este tratamiento
   - teniendo en cuenta todas las opciones

8- los mayores beneficios en los tratamientos de fisiokinesiología a domicilio los ha observado en pacientes trabajados con: puede marcar más de una opción
   - intervenciones de equipos multidisciplinarios coordinados
   - tratamientos prolongados y sin interrupciones
   - pacientes voluntariosos
   - familias participativas

9- cree Ud. que el trámite administrativo de gestión para acceder al tratamientos de patologías crónicas con fisiokinesiología a domicilio
   - permiten un control mensual indispensable
   - no tienen guías de procedimientos claras
   - es fácil, corto y oportuno
   - repiten trámites innecesarios que desalientan la accesibilidad al servicio

10-considera que cuenta con toda la información referente a cómo se implementa el servicio de FKT a domicilio en pacientes con patologías crónicas?

- si
- no

Si desea hacer alguna observación hágala en este espacio…… …… ……

ANEXO III

ENCUESTA DIRIGIDA A FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES EN TRATAMIENTO

1- ¿considera que tiene información suficiente sobre las prestaciones médicas y otras especialidades a los que tiene derecho su familiar adulto mayor?

- si
- no

2- ¿ es la primera vez que gestiona el trámite de FKT a domicilio?

- si
- no

3- ¿ qué diagnóstico tiene el paciente por el que Ud. hace la gestión de la FKT a domicilio? escríbalo

……

4- ¿quién le informó como realizar el trámite?

- el médico
- otro paciente
- preguntó en la obra social

5- ¿resolvió el acceso al servicio siguiendo los pasos que le habían informado?

- si
- no
- tubo que consultar nuevamente

6- ¿sabe cuántas sesiones de FKT a domicilio puede tener por año?

- 30
- 60
- todas las que necesite
- no sabe

7- ¿sabe por qué la enfermedad que padece el paciente requiere de FKT a domicilio?

- para mantener al paciente lo más activo posible dentro de sus posibilidades

- para dar herramienta a los familiares de cómo ayudar al paciente
- para aliviar los dolores que produce su enfermedad
- para retrasar la presentación de complicaciones propias de su patología

8- Cuáles son sus expectativas cuando le indican FKT a domicilio?

- que lo ayuden al familiar en el cuidado del paciente
- que lo mejoren al paciente
- mantener al paciente en las mejores condiciones posibles

9- para tener acceso a los servicios de FKT a domicilio, se debería:

- mejorar la información de cuáles son los trámites a seguir
- simplificar los trámites de acceso a la prestación
- no necesita cambiar

10- ¿qué causas desalientan la continuidad del tratamiento FKT a domicilio?

- el trámite administrativo de renovación
- la falta de colaboración del paciente al tratamiento
- el terapeuta que asiste al paciente no satisface sus expectativas

11- ¿cuando comenzaron el tratamiento de FKT a domicilio? *marque con una cruz lo que corresponda*

- se la indicaron cuando los síntomas y signos de la enfermedad invalidaron al paciente
- cuando alguien le comentó que existía este servicio lo habló con su médico
- desde su diagnóstico el médico se la indicó

12- ¿por qué ha renovado la atención mensual de tratamientos de FKT a domicilio?

- porque el médico se lo recomienda
- porque el kinesiólogo se lo recomienda
- porque el paciente responde al tratamiento

- porque el paciente no responde al tratamiento y espera resultados
- porque el cuidador percibe que esta prestación lo ayuda en el cuidado del paciente

13- el paciente que está en tratamiento de FKT a domicilio lo solicita porque:

- está postrado en cama o en silla de ruedas
- el transporte hasta el servicio es muy caro
- por comodidad para el paciente

14- el paciente al que Ud. le tramita la prestación está a cargo de: *marque con una cruz lo que corresponda*

- su/s hijo/s
- su/s hermano/a /s
- su esposa/o
- la familia y un cuidador
- solo de cuidadores
- vive solo y lo asisten los vecinos

15- cuál de estas opciones considera más útil para los requerimientos de su familiar discapacitado

- asistente formado para ayudar al anciano y la familia en las tareas de cuidado higiene y confort
- fisiokinesioterapia en el domicilio del adulto mayor que ayude a rehabilitar y recuperar funciones
- para las actividades de la vida diaria
- servicios de ayuda profesional para apoyar a la familia a enfrentar la adaptación a los cambios devenidos por la discapacidad (arquitectónicos, psicología, terapia ocupacional, nutricionista, etc.

BIBLIOGRAFIA

Agenda de salud para las Américas 2008-2017. Declaración de los Ministros y Secretario de Salud de las Américas. Panamá, Junio, 2007.

Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Pública. 2005; 17(5/6):307–22.

Antunes, H.K.M., Santos, R.F., Cassilhas, R., Santos, R.V., Bueno, O.F.A., Túlio de Mello, M. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão / Reviewing on physical exercise and the cognitive function. Rev. bras. med. esporte; 12(2): 108-114, mar.-abr. 2006.

CEPAL. América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población. 2003

Cardelli, Mariano. Políticas Nacionales de Vejez en la Republica Argentina, 2º Congreso Nacional de Gerontología Comunitaria. Jujuy, Argentina, 2014.

Díaz Jiménez C., Pulido Jiménez M., Villanueva Lupión C., Villar Dávila R. Calero García J. El envejecimiento, la asignatura olvidada en la universidad española: ¿El iceberg de un tipo de negligencia? Gerokomos; 22 (1): 8-12, 2011.

FIAPAM “un desafío para el desarrollo social, político, económico y cultural de los países” Medellín, 28 y 29 de octubre de 2010 http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/08/Conferencia-Magistral.Doris-Cardona-Arango.pdf

FIAPAM Seguimiento II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, 2012
http://fiapam.org/?page_id=376

Fernández Jentsch, Gabriela. Fisioterapia ¿en Atención Primaria?, 11 años después. Cad Aten Primaria Ano 2011 Volume 18 Páx. 62-63

Gálvez Romero C., González Valentín A. De Ramón Garrido E. Estado de salud y utilización de recursos sanitarios de una población de ancianos atendidos en domicilio. Gerokomos, 18 (3): 117-126, 2007.

Gitlin L.N., Hauck W.W., Dennis M.P., Winter L., Hodgson N., Schinfeld S. Long-term effect on mortality of a home intervention that reduces functional difficulties in older adults: results from a randomized trial. J Am Geriatr Soc; 57(3): 476-81, 2009.

Guzmán J. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie Población Desarrollo No.28 . Santiago de Chile, CEPAL/CELADE; 2002.

Huenchuan Sandra - Paredes Mariana, Santiago de Chile, julio de 2007

Informe de la reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento en países de América del Sur. Buenos Aires, Argentina, 14 al 16 de noviembre de 2005.

Inglés Novell, Mª Montserrat. Eficacia de la Fisioterapia respiratoria estandarizada en Atención Primaria en los pacientes con EPOC

moderada y su evaluación económica, 2010 http://www.tdx.cat/TDX-1014110-142202/

Landinez Parra, N.S., Contreras Valencia, K., Castro Villamil, A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cubana Salud Pública 38(4): 562-580, 2012.

Liang M.H., Gall V., Partridge A, Eaton H. Management of functional disability in homebound patients. J Fam Pract; 17(3): 429-35, 1983.

López, Andrea. La Nueva Gestión Pública: algunas precisiones para su abordaje conceptual. En: Instituto Nacional de la Administración Pública (INAP), Serie I: Desarrollo Institucional y Reforma del Estado (Documento Nº 68). Dirección de Estudios e Información, 2003.

López, Andrea. Los fundamentos de la nueva gestión pública: lógica privada y poder tecnocrático en el Estado mínimo. En: Mabel Thwaites Rey y Andrea López (Comps.). Entre tecnócratas globalizados y políticos clientelistas (pp. 71-90), Buenos Aires: Prometeo, 2005.

Meneu. R. Curso sobre Interculturalidad y Extensión de la cobertura de la protección social en salud para Trabajadores Agrícolas y Pueblos Indígenas.
http://biblioteca.programaeurosocial.eu/PDF/Salud/Modulo3.pdf

Ministerio de Desarrollo Social. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología. Resolución Nº: 1676/07.
http://www.seadpsi.com.ar/files/psimat/esp_geront_com_e_inst.pdf

Montes de O V. Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la Calidad de vida de hombres y mujeres adultos Mayores en la ciudad de México. Revista Papeles de Población 2003; 6-7.

Nigel Crisp, M.A., and Lincoln Chen, M.D. Global Supply of Health Professionals. N Engl J Med; 370:950-7, 2014.

Olivares P., Tirado E., Salazar B. Impacto del envejecimiento en el gasto en salud, departamento de estudio y desarrollo. Mayo, 2007 http://www.facso.uchile.cl/observa/informe%20superintendencia.pdf

Ollakarizketa,J.M.Sanzo. Contratación de rehabilitación ambulatoria, 2001.

OMS Envejecimiento y Ciclo de Vida, 2012. http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/

OMS. 10 datos sobre el envejecimiento de la población. Abril 2012. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4021_recurso_1.pdf

Ondarsuhu, D. Encuesta de calidad de vida de los adultos mayores (INDEC 2012), 2º Congreso Nacional de Gerontología Comunitaria Jujuy, Argentina, 2014.

Organización Panamericana de la Salud, Área de Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria de Salud, Proyecto de Servicios Integrados de Salud. Metodología de gestión productiva de los servicios de salud: introducción y generalidades. Washington, D.C.: OPS; 2010.

PAMI. Resolución Nº: 379/08

Paz Lourido, B. Claves para el desarrollo de la fisioterapia en la atención primaria domiciliaria en Mallorca. Una propuesta para la transferencia de la investigación cualitativa al contexto particular y a otros contextos similares. Ed. Fundació Càtedra Iberoamericana, Palma de Mallorca, España, 2009.

Peláez M. La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. Rev Panam Salud Pública 2005; 17(5/6):299-302.

Peña Arrebola, A. Papel del ejercicio físico en el paciente con artrosis. Rehabilitacion (Madrid); 37(6): 307-322, oct. 2003.

Plan de Rehabilitación. Grupo de trabajo Fisioterapia Área Sanitaria de Tallavera de la Reina Servicio de Salud de Castilla, La Mancha Diciembre, 2010.

Podesta, Ornela., Risso, Federico. El rol de los fisioterapeutas en la tercera edad. Rosario, Argentina. Febrero 2009.

Portal oficial Ministerio de salud de la Provincia de Córdoba
http://www.cba.gov.ar/reparticion/ministerio-de-salud/dir-gral-de-escuela-de-formacion-de-especialistas/

Portal oficial de la Secretaria de Salud de la Municipalidad de Córdoba.
http://www2.cordoba.gov.ar/portal/index.php/secretaria-de salud/capacitacionresidencias/

Robles Raya, M.J., Miralles Basseda, R., Llorach, I., Antón, G., Alemany, M. Cervera. Tratado de Geriatría para Residentes. Ed. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid, España, 2009

Rodriguez Diaz, O. Rehabilitación funcional del anciano. *Medisan*. 2009, vol.13, n.5.

Roubier Manuel Rojas Barahona, Necesidades de Especialistas en Geriatría y Gerontología para la Caja Costarricense de Seguro Social (Formación y Dotación) Proyección 2008-2025. Costa Rica, 2008

Roqué, M. 2º Congreso Nacional de Gerontología Comunitaria. Jujuy, Argentina, 2014.

Segunda Asamblea de Envejecimiento Madrid: Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento, 2002.

Segundo Consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial. Revista de Hipertensión Arterial *Vol. 7, N 1 al 3, p. 1-80, 2000.*
http://suc.org.uy/pdf/RHA%207-1.pdf

Secretaria de Graduados. Facultad de Ciencias Médicas. UNC.
http://www.sgcs.fcm.unc.edu.ar/maestrianw.php?pag=10

Temporelli Karina. Análisis de la demanda de asistencia sanitaria. La utilidad del médico como determinante.
http://www.aaep.org.ar/anales/works/works2004/Temporelli.pdf

Tejada Fernández, José. Perfiles profesionales en la atención a personas dependientes: una mirada desde la formación. Barcelona, España 2009.

Young J.B., Forster A. The Bradford community stroke trial: results at six months. BMJ; 304(6834): 1085-9, 1992.

Wottrich A.W., von Koch L., Tham K. The meaning of rehabilitation in the home environment after acute stroke from the perspective of a multiprofessional team. Phys Ther; 87(6): 778-88, 2007.