

El envejecimiento poblacional y su impacto sobre los servicios de salud

Estudio de las características de la demanda espontánea de atención domiciliaria en el sistema privado



Por Estrella G. Sananes

Médica, Cardióloga (UBA)
 Diplomada en Gestión de Salud y Servicios para Discapacidad (UCES)
 Magister en Administración de Servicios de Salud (UCES)
 Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social (ISALUD)
 Gerente de Prestaciones Médicas en MCO S.A.
 Responsable de Auditoría Médica de Obra Social AMPAR

estrella.sananes@gmail.com

Director:

Dr. Luis R. Quinteros (ISALUD)

Comité Evaluador:

Dr. Carlos Díaz (ISALUD)

Dr. Sergio Del Prete (ISALUD)

Mag. Mariano San Martin (UNAJ)

La tesis completa se encuentra disponible en la Biblioteca de la Universidad ISALUD.

1. Introducción

En el marco de la maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Universidad Isalud, al tomar conciencia que la atención médica de la población envejecida es un claro desafío para cualquier sistema de salud, tanto público como privado, se decide realizar un estudio del comportamiento de la demanda de atención médica domiciliaria, en grupos según edad de una numerosa población con cobertura médica integral, con acceso a los servicios de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

En el presente trabajo se estudió el comportamiento de la demanda de servicios médico asistenciales en el ámbito pre-hospitalario, durante el año 2016, con la intención de determinar si existen patrones comunes o diferenciales en los distintos grupos etarios.

En cada grupo etario se evaluaron los requerimientos de servicios de atención médica domiciliaria, las tasas de uso de servicios de emergencias médicas pre-hospitalarias clasificados según el grado de urgencia, con apertura por hora de llamado, día de la semana, mes del año, motivo del pedido de atención médica y requerimiento de traslado a un centro asistencial.

Se presupone que un conocimiento pormenorizado de la demanda de atención médica domiciliaria en una población urbana sin dificultades de accesibilidad sanitaria permitiría reflexionar sobre las modalidades más adecuadas para organizar la oferta de servicios.

Con este estudio se intenta aportar conocimiento para el diseño de nuevas estrategias en el desarrollo de sistemas de salud eficientes, comprensivos e integradores, acordes a los desafíos determinados por los cambios poblacionales.

2. Problema

La longevidad determina desafíos que la sociedad debe resolver. Se estima que en el año 2050 uno de cada 5 argentinos tendrá más de 64 años de edad y población mayor será de 10 millones de personas (Regazzoni, 2010).

El aumento de la proporción de adultos mayores en la composición de la población conlleva un incremento en los requerimientos de atención de médica, circunstancia que supone un aumento de la carga de trabajo de los profesionales de atención primaria por la necesidad de participación multidisciplinaria que requiere la atención de enfermedades crónicas y la discapacidad (Contel, Muntané y Camp, 2012)(Lesende, 2013).

Frecuentemente las familias se ven obligadas a recurrir al sector privado, dadas las dificultades del Estado para hacerse cargo de los diversos y complejos cuidados especiales que demanda el adulto mayor. No obstante, el Estado debe ejercer su rol regulador y exigir adecuados estándares de calidad de atención (Golbert y Roca, 2016).

Si bien existe una oferta de programas y servicios de salud, tanto públicos como privados, estos podrían resultar insuficientes para cubrir las necesidades de la población envejecida (Golbert y Roca 2016).

Las diferentes posibilidades de acceso y los distintos patrones de utilización de los servicios de salud es una de las formas en que se expresa la desigualdad del sistema de salud (Maceira 2010).

La oferta de médicos y la distribución de los recursos profesionales es variable a lo largo del país, es superior en las grandes urbes, en contraste con la escasez de médicos en las áreas rurales. En general existe escasa capacitación para asistir los problemas de salud relacionados con el adulto mayor, donde es fundamental la capacitación para el resguardo de una adecuada capacidad funcional y autonomía (Peláez 2005).

La oferta de servicios de atención primaria debe considerar algunos principios esenciales como son la capacitación en prácticas sensibles a la edad, el género y los factores culturales de la población. Esto es particularmente necesario en los adultos mayores, que requieren atención y cuidado especiales (Hoskins, Kalache y Mende 2005).

Las modalidades de atención de la salud de los adultos mayores, tanto primaria, institucional, extra hospitalaria y domici-

liaria, están a cargo del sector público, las obras sociales, los sistemas privados y el PAMI (Maceira, 2010).

Los servicios de atención médica domiciliaria operan exclusivamente a demanda y orientan sus esfuerzos hacia actividades asistenciales de tipo curativas, asignando mínimos recursos a la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

La sistemática del servicio de atención médica pre-hospitalaria en nuestro país es de tipo reactivo, es decir, la población demanda y los servicios responden con todas sus posibilidades y limitaciones. En el caso de la demanda de atención domiciliaria, emergencias, urgencias, y consultas médicas, la población prioriza y valora la pronta respuesta.

Los proveedores de servicios de atención domiciliaria de nuestro país conforman una amplia y compleja red de efectores. Los sistemas privados fueron cubriendo progresivamente los espacios desatendidos por el sector público, inyectando tecnología y mejorando la capacidad de respuesta del sistema. En algunas ciudades la atención de urgencias se cubre en forma mixta, entre ambos sectores (Muro, Maffei y Cohen 2001).

La variedad de servicios de atención domiciliaria que se prestan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires actualmente exceden el campo de las urgencias médicas. Las diferentes modalidades de atención incluyen, no solo servicios de salud, sino también sociales, de rehabilitación, prestaciones de apoyo en discapacidad, programas de seguimiento de pacientes crónicos y cuidados paliativos (Piñarte Suárez y Reinoso Martínez 2014).

Además de la resolución de consultas médicas por distintas afecciones que dificultan la concurrencia del paciente a los centros de salud, se proveen servicios de traslado de pacientes, internación domiciliaria, cuidados paliativos, servicios de enfermería, kinesioterapia, fonoaudiología, estimulación temprana, y distintos tipos de exámenes complementarios a domicilio, como la toma de muestras para análisis de laboratorio y el diagnóstico por imágenes, con equipos portátiles.

Los profesionales de la salud determinan el tipo de servicio y los alcances de la prestación que deberá otorgar el proveedor de servicios de salud. Por su parte, los usuarios efectúan los pedidos de atención médica domiciliaria en forma directa, mediante llamados por vía telefónica.

Algunos estudios sugieren que la atención primaria de la salud puede reducir las tasas de hospitalizaciones evitables, identificando varios factores asociados al riesgo, como por ejemplo la edad, el sexo, el nivel socio-económico, el perfil epidemiológico y la cobertura sanitaria. También el tipo de cobertura médica, la accesibilidad a los servicios y las propias características de los prestadores juegan un rol fundamental donde cuentan las prácticas que realizan, el tipo de entrenamiento, los incentivos

financieros, la disponibilidad de recursos, los controles de calidad, y otros tantos factores que determinan el resultado final del proceso de atención médica (Rubinstein et al. 2012).

Los sistemas de atención médica pre-hospitalaria, las guardias médicas y servicios de urgencias utilizan modalidades de atención médica que muchas veces no se ajustan a las necesidades reales de la población que asisten. Los profesionales de la salud, formados bajo la educación clásica, en general desconocen las particularidades de los pacientes mayores y suelen omitir su valoración funcional, mental y social (Díaz Díaz, Hernández y Rodríguez 2014).

La evaluación de las urgencias es característicamente breve y orientada solo al motivo de consulta, centrada en el episodio médico, sin reconocer las peculiaridades del anciano. Esto ocurre, en parte, debido a la limitada formación en temas geriátricos del personal afectado a los servicios de urgencias (Martín-Sánchez, Alonso & Gregorio 2013).

Las instituciones que se encargan de atender a este grupo de población deberán replantear sus intervenciones y encaminarlas hacia las demandas reales de esta población. Los esfuerzos deben ser orientados hacia la atención a la cronicidad, con énfasis en un modelo integral que se garantice la continuidad de la atención y la eficiencia (Álvarez et al. 2014).

El análisis de la demanda espontánea de utilización de servicios de atención médica domiciliaria en habitantes de la ciudad de Buenos Aires del presente trabajo, se orienta hacia la identificación de características propias de la demanda de los servicios de salud de la población, que puedan orientar a la toma de decisiones. El aumento de la proporción de adultos mayores modificaría los recursos que deben ser afectados para una eficaz provisión de servicios de salud.

El estudio de la demanda de atención médica domiciliaria permitiría clasificar y cuantificar las diferencias de comportamiento de las afecciones y padecimientos de las poblaciones de los distintos grupos etarios.

3. Marco teórico

La salud es el tema que más preocupa a las personas de edad, incluso más que su propia situación económica. Sin embargo, la edad no es una enfermedad, ni envejecer es lo mismo que enfermar y la mayor parte de las personas mayores llevan una vida autónoma. La discapacidad y la dependencia comienza a cobrar mayor relevancia cuando se llega a lo que se denomina la cuarta edad, esto es a partir de los 80 años.

El envejecimiento de la población, en efecto, implica una mayor demanda de servicios de salud, debido a que en este grupo de

edad se presentan las tasas más elevadas de morbilidad y necesidades de atención médica.

Los adultos mayores constituyen un subgrupo heterogéneo, en continuo aumento, y con necesidades y demandas crecientes. Para que una organización de salud pueda satisfacer adecuadamente estas demandas la planificación de una oferta de servicios de salud debe considerar los factores especiales que la caracterizan, como son la desigualdad, la localización, la accesibilidad, las dificultades de movilidad, y otros aún más complejos relacionados con la dependencia, la vulnerabilidad y el maltrato (Ruelas Gonzalez 2013).

Las tasas de hospitalización son mayores en la población de más edad y también lo es el número de estancias hospitalarias y la frecuencia de transferencia a otros centros sanitarios lo que debe ser tenido en cuenta en las políticas sociales y sanitarias (Huenchuan 2013).

En este sentido, la distribución de los recursos debe basarse en los niveles de salud y no sólo en la presencia de enfermedad, ya que el hecho de llegar a los 65 años refleja, en sí mismo, un estado de bienestar que debe ser mantenido.

Si bien la Capital Federal se encuentra mejor situada en términos de cobertura médica, muestra un déficit en materia de eficiencia y equidad. La falta de integración entre los subsectores público, seguridad social y privado determina un sistema segmentado, heterogéneo y poco equitativo tanto en relación con la organización y financiamiento como con el acceso a los servicios (Cetrángolo y Goldschmit, 2012).

La población que goza de cobertura de salud utiliza los servicios de las obras sociales nacionales, provinciales, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, y de los seguros voluntarios que ofrecen las empresas de medicina prepaga. El nivel de cobertura de la población asegurada dista mucho de ser homogéneo, tanto en cantidad, como en calidad (Gonzalez García y Tobar, 2004).

En cuanto a la disponibilidad de profesionales, Argentina se encuentra entre los países de mayor oferta de médicos de la región, situándose por debajo de Cuba y Uruguay. Sin embargo, hay un problema de distribución de la oferta entre provincias. La ciudad de Buenos Aires, en particular, tiene siete veces más médicos por habitante que Formosa o Misiones. Los recursos de personal de enfermería son más escasos con una relación de 0,2 enfermeros por médico (Belló y Beceril-Montekio, 2011).

En Argentina, los servicios de salud evidencian una dinámica de funcionamiento primordialmente hospitalocéntrica, que considera a las instituciones de salud como núcleo central de la asistencia médica (Piqué, 2011). Sin embargo, se prevé que

esta modalidad no será eficiente ante los retos asistenciales que impondrán los problemas sanitarios relacionados con el envejecimiento de la población. La tendencia actual obliga a enfocar los esfuerzos en una medicina orientada a la prevención de la enfermedad y que sea anticipatoria de hechos que puedan poner en riesgo el equilibrio de la salud.

El modelo de atención médica pre-hospitalaria que adopta la Argentina es el franco-germano, que exige la presencia del médico en la asistencia domiciliaria, como único responsable de la atención, diferenciado del modelo anglo-americano, donde la fase pre hospitalaria está a cargo de paramédicos, no reconocidos por normativa en Argentina (Muro, Maffei y Cohen 2001).

Los efectores de atención médica domiciliaria de nuestro país son heterogéneos, varían en la disponibilidad de recursos, el área de cobertura y la calidad de atención. La población sin cobertura de salud puede acceder al sistema público de emergencias médicas, que solo contempla servicios domiciliarios en caso de afecciones agudas, con riesgo de vida.

La asistencia del médico en el domicilio puede representar el primer contacto que se establece entre el paciente y el sistema de salud, constituyendo una oportunidad para desarrollar programas de prevención, consejo médico y actividades de educación al paciente y la familia sobre medidas higiénico dietéticas básicas.

La calidad del servicio cobra especial importancia en los servicios de atención domiciliaria, donde prima el intercambio que se establece en la relación médico paciente. La tranquilidad y seguridad que representa el ámbito del hogar se contraponen con la ansiedad y los miedos que provoca el intercambio con personas y ambientes extraños, como ocurre en los cambios de residencia habitual o la internación. La internación hospitalaria garantiza una mayor disponibilidad de recursos técnicos, pero introduce la situación de estrés que se produce por el ingreso en un medio no habitual.

La concurrencia del médico al domicilio, muchas veces permite evitar la sobrecarga de consultas a los servicios de guardia, por lo que este tipo de asistencia adquiere relevancia en los programas de salud (Palomo, Gené-Badía y Rodríguez-Sendín, 2012).

En los servicios de atención médica pre-hospitalaria, las consultas habitualmente se clasifican según el grado de urgencia. El proceso de atención médica se inicia con una llamada telefónica del individuo al proveedor de servicios, que toma nota del pedido y registra la información básica sobre el cuadro clínico que motiva la consulta. Los operadores generalmente utilizan sistemas informáticos que dirigen y orientan el interrogatorio a medida que se reciben las respuestas. Cada llamado se codifica según la gravedad y urgencia del caso. Las llamadas son habitualmente clasificadas con colores de acuerdo a su prioridad, dando a las emergencias el color rojo, a las urgencias el amarillo y a las que no revisten peligro potencial, el color verde.

A continuación, se asigna el equipo profesional que concurrirá a la consulta y la unidad móvil con el equipamiento más adecuado para cada servicio médico.

Las tripulaciones están conformadas por un médico con formación en urgencias, un enfermero matriculado, con experiencia en atención pre-hospitalaria y un conductor profesional, con capacitación adicional en primeros auxilios (Quinteros, 2010).

La atención de las emergencias médicas es parte integral del sistema sanitario y asiste tanto a las necesidades de la comunidad y como del paciente individual. Los recursos disponibles deben ser los adecuados y debe haber compatibilidad e interrelación entre los servicios locales, regionales, provinciales, nacionales y/o internacionales.

Como la demanda de servicios también depende de las distintas expectativas de los ámbitos socioculturales y factores de accesibilidad, la población en estudio comparte un status socioeconómico y accesibilidad al servicio de atención médica domiciliaria con lo que se minimizan estos factores y permite dar paso a otras consideraciones que pueden influenciar en las modalidades de la demanda de utilización de los servicios de atención médica de las personas afeccionadas.

4. Objetivos y metodología

El objetivo de este trabajo ha sido analizar las características de la demanda de atención médica domiciliaria según grupos etarios de una población en situación ambulatoria con acceso a los servicios de atención domiciliaria, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante un año. De manera específica este trabajo se ha propuesto

- Caracterizar las diferencias en la demanda de atención médica domiciliaria de los distintos grupos etarios.
- Analizar diferencias en la estacionalidad de la demanda de servicios según grupos etarios.
- Evaluar diferencias de demanda de servicios por días y horarios en diferentes grupos por edad.
- Describir los motivos de llamado según los rangos etarios.
- Evaluar los requerimientos de derivación a centro médico en los diferentes grupos de edad.

Metodológicamente es un estudio retrospectivo, descriptivo, sobre la utilización de los servicios de salud domiciliarios de una población asociada a una empresa proveedora de servicios de atención médica pre-hospitalaria de la Ciudad de Buenos Aires. La información analizada está constituida por datos agregados. En ningún momento se accedió a datos individuales, con el objeto de preservar la confidencialidad de la información. Para la evaluación, se subdivide el tipo de atención médica, en

base al sistema de categorización por colores, de uso habitual de los Sistemas de Emergencias Médicas (tabla 1).

El presente estudio se efectuó en base a los datos de toda la población asociada a una empresa de atención médica pre-hospitalaria privada. Dicha población está constituida por personas residentes en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con cobertura médica integral, sobre los que se estudió la demanda de visita médica domiciliaria, durante los 12 meses del año 2016.

El análisis se efectuó sobre un universo total de 268.309 personas, que representa el 8,78% de los habitantes de CABA, estimados en 3.059.122 personas, de acuerdo al último censo nacional de población y viviendas (Indec, 2012).

Se solicitó expresamente que, al realizar las consultas al sistema informático, se excluyeran los afiliados en situación de cuidados médicos paliativos o internación domiciliaria, dado que el objetivo del presente trabajo se enfoca sólo en personas en situación ambulatoria.

La tabla 2 muestra la distribución de la población en estudio, por grupo etario y por género.

En el gráfico 1 se especifican los porcentajes de participación de la población femenina y masculina, en los distintos grupos etarios de la población en estudio.

La distribución de personas por sexo en los distintos grupos de edades mostró un leve predominio femenino.

5. Resultados

En el curso de 12 meses, desde el 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2016, sobre una población total de 268.309 personas,

Tabla 1
Categorización de la atención médica domiciliaria

Código	Tipo de servicio	Descripción
Código rojo	Emergencia	Riesgo de vida inminente, requiere atención médica inmediata
Código amarillo	Urgencia	Posible riesgo de vida de no mediar una pronta intervención
Código verde	Visita médica domiciliaria	Consulta médica domiciliaria de bajo riesgo, servicio no urgente

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2
Población en estudio por edad y sexo

Rango de Edades	Femenino	Masculino	Total
0 - 29 años	53.499	53.312	106.811
30 - 64 años	70.178	65.990	136.168
65 o más años	13.760	11.570	25.330
Total	137.437	130.872	268.309

Fuente: Elaboración propia.

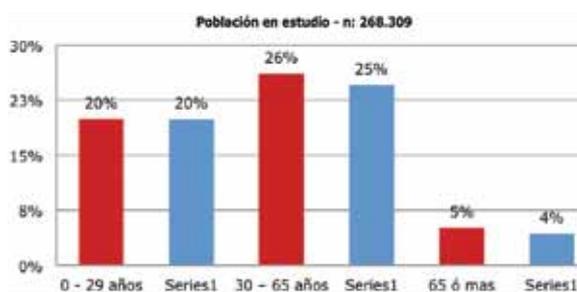
se registró una demanda espontánea de 184.576 servicios médicos de atención domiciliaria. En el gráfico 2 se muestra la cantidad de servicios de atención domiciliaria que demandó cada grupo de edad.

Se observa que la población joven es la que más servicios de atención domiciliaria demandó, en términos absolutos. En la tabla 3 se enunciarán los diferentes tipos de servicio brindados a lo largo del año 2016, categorizada según el riesgo de la atención médica implicada.

5.1. Tasa de uso anual de atención domiciliaria

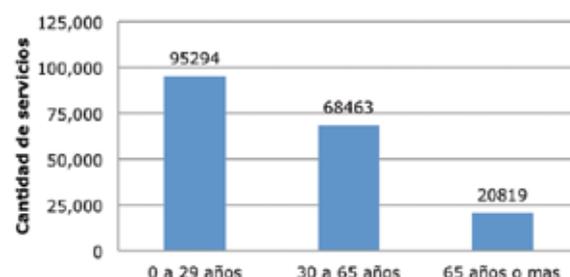
En la tabla 4 se representa la tasa de uso de los distintos tipos de servicio. Este indicador ha sido calculado en base a la cantidad de

Gráfico 1
Población en estudio por edad y sexo



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2
Cantidad total de servicios de atención domiciliaria anuales, en cada grupo etario



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3
Demanda anual de servicios, por tipo, total año 2016

Codificación	Servicios totales anual	Porcentaje relativo
Emergencias - código rojo	8.706	5%
Urgencias - código amarillo	22.332	12%
Visitas domiciliarias - código verde	153.538	83%
Total	184.576	100%

Fuente: Elaboración propia.

servicios en relación a la población de usuarios del servicio.

El gráfico 3 muestra las tasas de uso de los diferentes tipos de servicio.

Como se puede observar, la demanda espontánea de las visitas domiciliarias (en código verde) superó ampliamente a la de los servicios de emergencias y urgencias.

Atención domiciliaria, según género

La tabla 5 esquematiza la distribución de los servicios por el género de los usuarios.

En la tabla 6 se muestra la distribución de los distintos tipos de servicio en relación al género de los usuarios.

En el gráfico 4 se reflejan los porcentajes de utilización de servicios de emergencias, urgencias y visitas domiciliarias entre hombres y mujeres.

La población femenina mostró un mayor porcentaje de utilización en todos los tipos de atención médica domiciliaria.

Tipo de atención domiciliaria por grupo etario

La tabla 7 muestra la cantidad de servicios anuales que se brindaron en cada rango etario, discriminados por tipo de servicio.

En la discriminación de servicios por grupos de edades se observó

que en las edades jóvenes e intermedias, predominó ampliamente la demanda espontánea de servicios de visita domiciliaria en código verde.

Esta ecuación se invirtió en la población mayor, donde se observó un incremento de la participación de códigos rojos y amarillos, mientras que los códigos verdes se redujeron comparativamente.

En el gráfico 5 se muestran los porcentajes de cada código de servicio, por grupo etario. En los grupos de edades jóvenes e intermedias predominaron los servicios en código verde, mientras que en la población mayor se presenta la mayor demanda de códigos rojos y amarillos, con la menor demanda de códigos verdes.

Grupos etarios por cada tipo de servicio

El gráfico 6 muestra la distribución de servicios, según los grupos de edades.

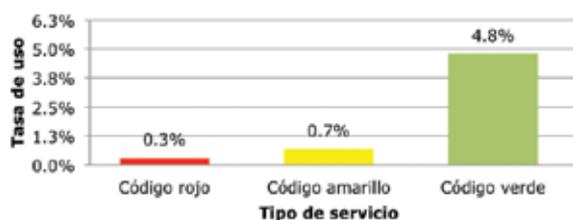
Se observó que en la población mayor predominó el uso de los servicios de emergencias y urgencias, mientras que dentro de las visitas domiciliarias hubo un uso predominante de la población joven y en segundo lugar, la población intermedia.

Tabla 4
Tasa de uso anual para los distintos tipos de servicio, en el año 2016

Tipo de atención domiciliaria	Tasa de uso anual
Código rojo	0,3%
Código amarillo	0,7%
Código verde	4,8%
General	5,7%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3
Tasa de uso de los distintos tipos de atención domiciliaria, año 2016



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5
Cantidad de servicios de atención domiciliaria

Sexo	Cantidad de Servicios
Hombres	78.729 (43%)
Mujeres	105.847 (57%)
Total	184.576

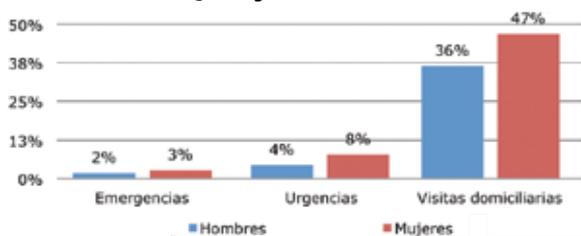
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6
Demanda de atención domiciliaria por tipo de servicio, por sexo

Tipo de atención	Hombres	Mujeres
Emergencias	3.521	5.185
Urgencias	8.116	14.216
Visitas Domiciliarias	67.092	86.446
Total	78.729	105.847

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 4
Distribución por tipo de servicio, entre hombres y mujeres



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7
Servicios médicos anuales, por rango etario y por tipo de servicio

Rango edad	Emergencias	Urgencias	Visitas domiciliarias
0 a 29 años	1.040	4.103	90.151
30 a 64 años	2.784	8.363	57.316
65 años o mas	4.882	9.866	6.071
Total	8.706	22.332	153.538
Porcentaje	5%	12%	83%

Fuente: Elaboración propia.

Tasas de uso de atención domiciliaria por edad

La tabla 8 muestra las tasas de uso de los distintos tipos de servicios en cada grupo etario.

El gráfico 7 permite observar gráficamente la distribución de las tasas de uso de código rojo, amarillo y verde en los distintos grupos de edades.

En la distribución de las tasas de uso por edad, los resultados mostraron que la población mayor es la que más utiliza los servicios en código rojo y amarillo. La población joven, por su parte, es la que arroja la tasa más elevada de utilización de código verde.

Tasas de uso atención domiciliaria, por tipo de servicio

A continuación, se muestran las tasas de uso de los distintos grupos etarios en cada código (gráfico 8).

La población de 65 o más años fue la que más utilizó el servicio de

emergencias y urgencias (gráfico 9).

La tasa más elevada de uso de servicios de visita domiciliaria en código amarillo se da en la población mayor.

La tasa más elevada de uso de servicios de visita domiciliaria en código verde se da en la población joven (gráfico 10).

5.2. Estacionalidad de la demanda

Durante el año 2016 se demandaron 153.538 servicios médicos de atención domiciliaria.

En el gráfico 11 se puede observar la curva de distribución de las cantidades totales de servicios mensuales en cada tipo de atención domiciliaria.

El universo de servicios de visita domiciliaria en código verde evi-

Gráfico 5
Porcentaje relativo de servicios en cada grupo etario

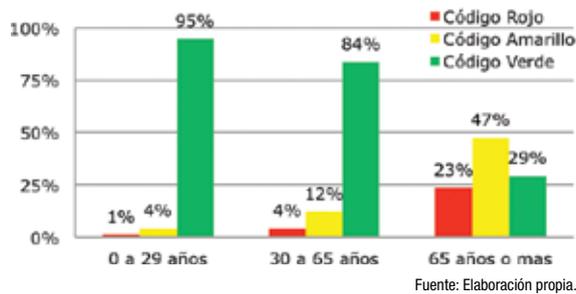


Gráfico 6
Proporción relativa de utilización de servicios en los distintos grupos de edad

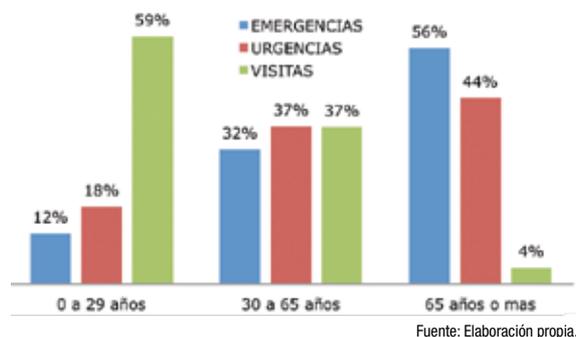


Tabla 8
Tasa de utilización de los servicios domiciliarios totales, por grupo etario

Tasa de uso	Rojo	Amarillo	Verde
0 a 29 años	0,1%	0,3%	7,0%
30 a 64 años	0,2%	0,5%	3,5%
65 años o mas	1,6%	3,2%	2,0%
Total	0,3%	0,7%	4,8%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 7
Tasa de uso de los distintos tipos de servicio por rangos etarios

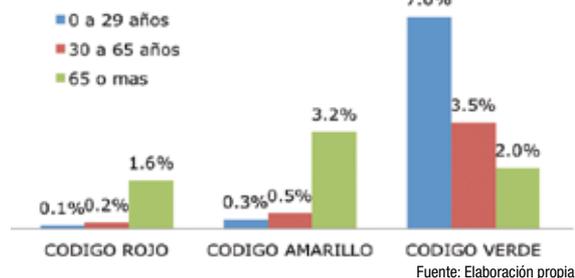


Gráfico 8
Tasas de uso de los distintos grupos etarios en código rojo

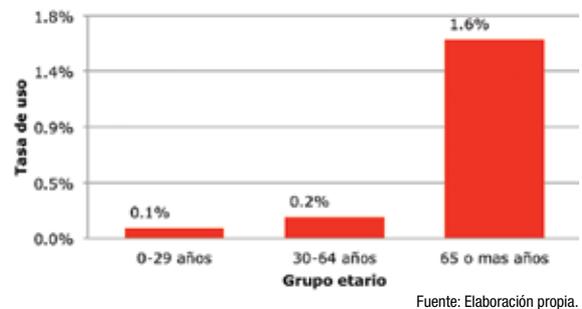
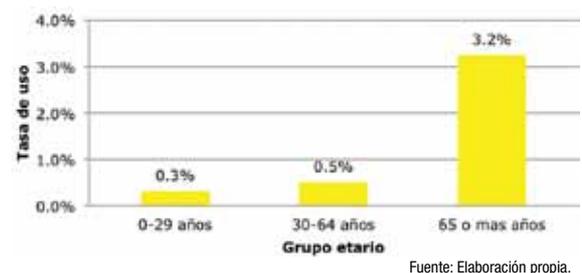


Gráfico 9
Tasas de uso de los distintos grupos etarios en código amarillo



dencia un incremento de la demanda en los meses de abril, mayo y junio. El pico máximo se observa en el mes de mayo.

Emergencias domiciliarias

Las próximas figuras permiten poner en evidencia las curvas de cantidades de servicios que utilizó cada uno de los grupos etarios, mes a mes, a lo largo de todo el año.

En primer lugar (gráfico 12) se muestran las curvas de servicios mensuales de emergencias, es decir el número de servicios en código rojo que utilizaron los tres grupos etarios.

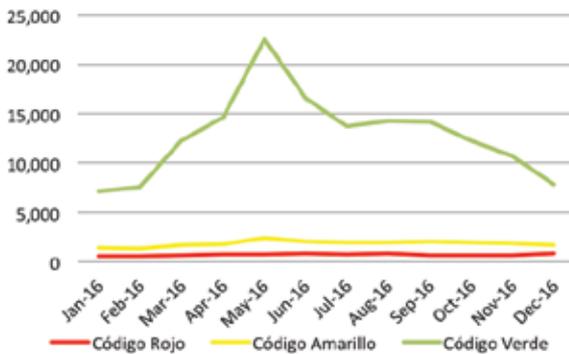
La curva de servicios mensuales en código rojo muestra una de-

Gráfico 10
Tasas de uso de los distintos grupos etarios en código verde



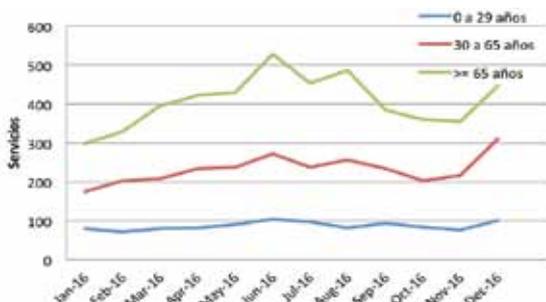
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 11
Atención domiciliaria mensual por tipo de servicio



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 12
Cantidad de servicios de emergencias mensuales por grupo etario. Código rojo



Fuente: Elaboración propia.

manda estable en cada grupo etario, con un incremento de la participación de la población mayor en los meses de invierno.

Urgencias domiciliarias

En el gráfico 13 se observan las curvas de demanda de servicios mensuales en código amarillo por grupo etario.

Las curvas de servicios en código amarillo muestran un marcado pico máximo en el mes de mayo en los grupos jóvenes e intermedios que no se observa en la población mayor.

Visita médica domiciliaria

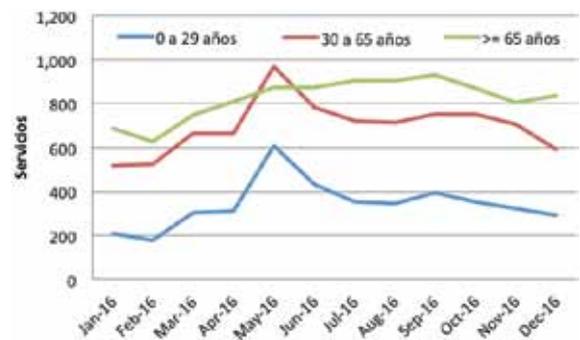
En el gráfico 14 se muestra la cantidad total de servicios mensuales de visita médica domiciliaria en los distintos grupos etarios.

La demanda de visita médica domiciliaria muestra un pico estacional de máxima demanda en los meses de mayo y junio en los grupos jóvenes e intermedios, que no se registró en la población mayor. La menor utilización del servicio se registró en los meses de diciembre, enero y febrero.

Tasas de uso de atención domiciliaria mensual

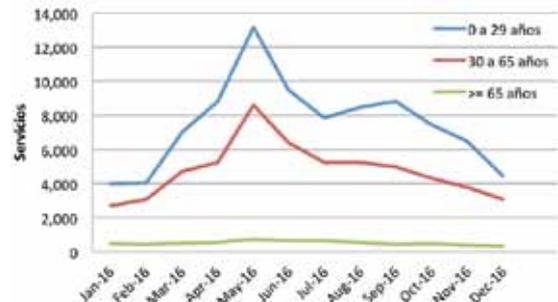
La tasa de utilización del código rojo no mostró estacionalidad en

Gráfico 13
Cantidad de servicios de urgencias mensuales por grupo etario. Código amarillo



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 14
Cantidad de servicios de visitas domiciliarias mensuales por grupo etario. Código verde



Fuente: Elaboración propia.

la población joven e intermedia. Sin embargo, la población mayor registró un incremento de la demanda en la temporada invernal, con picos máximos en los meses de junio y agosto (gráfico 15).

En el gráfico 16 se puede observar la curva mensual de utilización de los códigos amarillos en los distintos grupos etarios.

La tasa de uso de código amarillo se mantuvo relativamente estable a lo largo del año en todos los grupos etarios, con un leve descenso de la utilización de servicios de urgencia en los mayores durante los meses de verano. La tasa mas elevada de utilización del código amarillo pertenece a la población mayor.

El gráfico 17 demuestra un pico de demanda estacional que se registró en el servicio de atención domiciliaria en la población joven e intermedia, en los meses de abril, mayo y junio. La demanda de visita domiciliaria del adulto mayor no presentó estacionalidad.

5.3. Atención domiciliaria por día

En la tabla 9 se presentan las cantidades de servicios de atención domiciliaria anual, discriminados por el día de la semana en que se demandaron los distintos tipos de servicios.

En este análisis se intentará evaluar si la distribución, a lo largo de la

semana y fines de semana, es estable o bien, existen días de mayor demanda que otros.

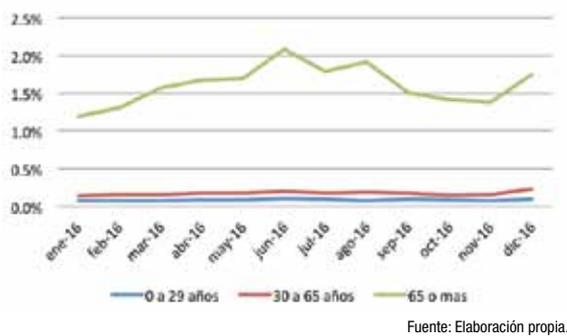
En el gráfico 18 se pueden observar los porcentajes de servicios anuales, por cada día de la semana.

El gráfico muestra con claridad que el 20% de los servicios de atención domiciliaria se concentran en los días lunes.

A continuación se presentan las curvas de servicios anuales, según su distribución por día de la semana, para cada tipo de código.

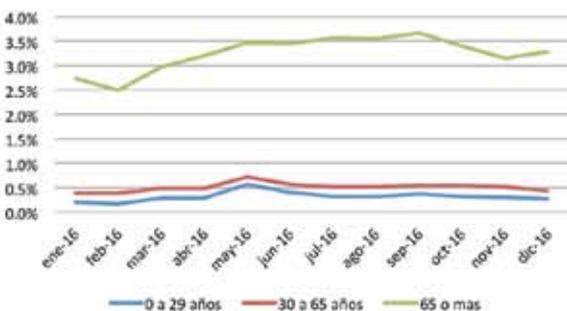
La demanda visita médica domiciliaria muestra un pico máximo los días lunes, que luego decrece progresivamente hacia los fines de semana. La menor demanda se da los días sábados. Los servicios de emergencias y urgencia se mantienen estables a lo largo de la semana

Gráfico 15
Tasa de uso de emergencias médicas mensuales. Código rojo



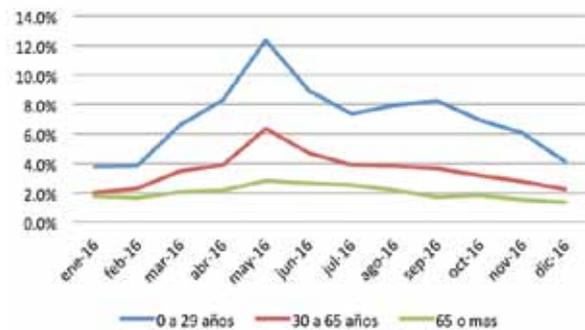
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 16
Tasa de uso de emergencias médicas mensuales. Código amarillo



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 17
Tasa de uso de visita médica domiciliaria por mes. Código verde



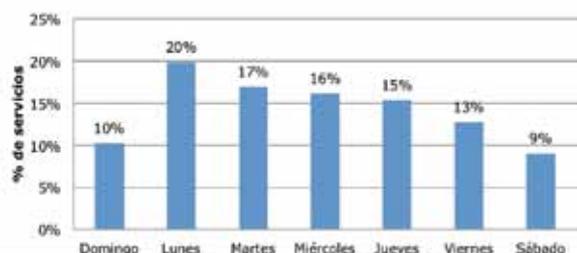
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9
Demanda total de servicios por día

Día	Rojo	Amarillo	Verde	Total
Domingo	1.147	2.933	14.704	18.784
Lunes	1.261	3.744	31.562	36.567
Martes	1.299	3.391	26.478	31.168
Miércoles	1.260	3.170	25.321	29.751
Jueves	1.304	3.163	23.830	28.297
Viernes	1.254	3.080	19.092	23.426
Sábado	1.181	2.851	12.551	16.583
Total	8.706	22.332	153.538	184.576

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 18
Porcentaje de servicios totales, por día de la semana



Fuente: Elaboración propia.

Atención domiciliaria diaria por tipo de servicio

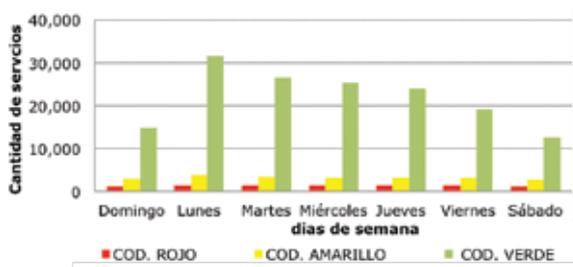
En el gráfico 19 se muestra la cantidad de códigos por cada día de la semana.

Al discriminar el tipo de servicios por día de la semana, se notó que el pico máximo de los días lunes ocurre a expensas del aumento de los códigos verdes. Por su parte, los códigos rojos y amarillos no muestran diferencias entre los días de la semana.

5.4. Atención domiciliaria por hora

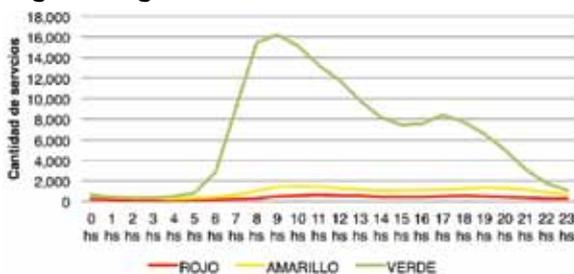
Se presenta en el gráfico 20 la distribución de los servicios totales anuales, durante las 24hs del día. En la siguiente figura se muestran los servicios totales anuales, por distribución horaria. El uso de servicios de visita domiciliaria muestra una demanda diurna superior a la nocturna, con un pico máximo de demanda

Gráfico 19
Cantidad de servicios por código, por día de la semana



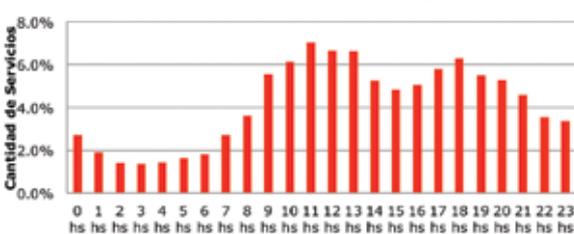
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 20
Curva de servicios por horario de llamada, según código



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 21
Cantidad de servicios en código rojo por hora



Fuente: Elaboración propia.

entre las 8hs y las 9hs de la mañana y un segundo pico entre las 17hs y las 18 hs por la tarde.

Código rojo por hora

En el gráfico 21 se muestra la curva horaria de la tasa de uso de los servicios de emergencia, por hora. El código rojo tuvo menor demanda en el horario nocturno y presentó dos picos diurnos al mediodía y a la tarde

Código amarillo por hora

En el gráfico 22 se ve la curva horaria de la tasa de uso por hora. El código amarillo mostró la misma distribución horaria respecto a la demanda de servicio que el código rojo.

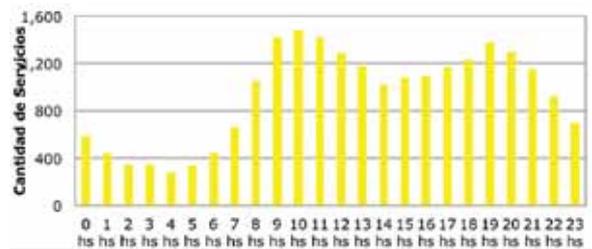
Código verde por hora

En el gráfico 23 se muestra la curva de la tasa de uso horaria de las visitas domiciliarias en código verde. El código verde mostró una utilización eminentemente diurna, con un pico máximo entre las 8 y las 10hs de la mañana y segundo pico a las 17hs.

El gráfico 24 muestra las curvas de las tasas de uso de los tres códigos de emergencias, urgencias y vista domiciliaria.

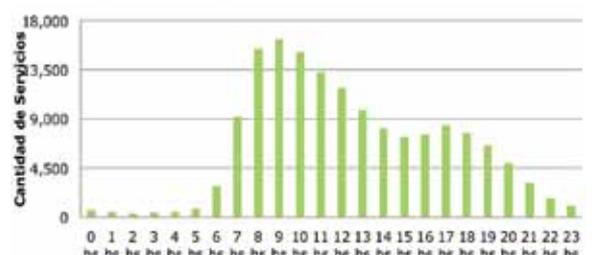
La tasa de uso de servicios, calculada en forma horaria, mostró una curva bimodal en todos los códigos. Con desplazamientos similares y en paralelo en todos los tipos de servicio, donde se observó que el primer pico comprende requerimientos entre las

Gráfico 22
Cantidad de servicios en código amarillo por hora



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 23
Cantidad de servicios anuales, en código verde, por hora



Fuente: Elaboración propia.

7hs y las 13hs aproximadamente, y el segundo pico se manifiesta a partir de las 17, hasta las 20 hs.

Tasa de uso por edad

En el gráfico 25 se muestra las tasas de uso de cada grupo etario en cada uno de los tres tipos de servicio.

La población mayor es la que presentó las tasas de utilización para los códigos de alta complejidad o de mayor gravedad (rojos y amarillos), mientras que la población joven mostró la tasa de uso más alta de uso de los servicios de baja complejidad (verdes).

Tasa de uso horaria código rojo

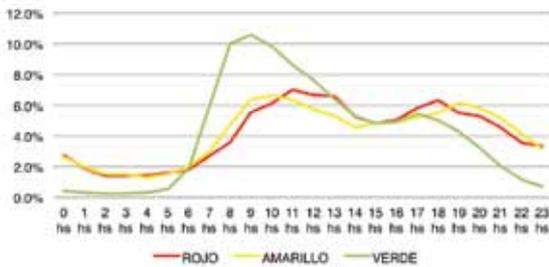
En el gráfico 26 se observan las curvas de tasas de uso en código rojo, de cada uno de los grupos etarios en estudio.

El comportamiento de la demanda del código rojo en las distintas horas mostró un patrón similar de desplazamiento de la curva en todos los grupos etarios. Se evidenciaron dos picos de máxima utilización, el más marcado entre las 10hs y las 12hs. El segundo pico se observó entre las 18hs y las 20hs.

Tasa de uso de emergencias por hora

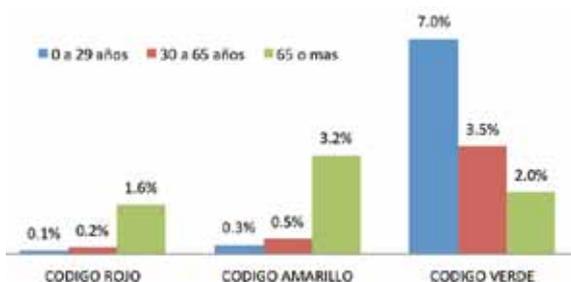
En el gráfico 27 se exponen las curvas de tasas de uso de los códigos amarillos por hora, en los distintos grupos etarios.

Gráfico 24
Tasas de uso anuales agrupadas por hora del servicios



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 25
Tasas de uso anuales agrupadas por rangos etarios, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia.

Las tasas de uso del código amarillo mostraron un comportamiento bimodal en la población mayor, con un pico máximo de 8hs a 12hs y un segundo pico de menor intensidad de 16 a 20hs.

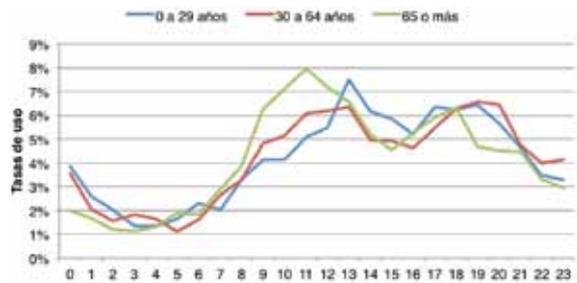
Tasa de uso visita domiciliaria por hora

En el gráfico 28 se muestran las curvas de tasas de uso de la visita domiciliaria en código verde, en las distintas franjas horarias, según los tres grupos etarios en estudio.

El comportamiento de la demanda del código verde, en las distintas horas del día, mostró un patrón similar de desplazamiento de la curva en todos los grupos etarios.

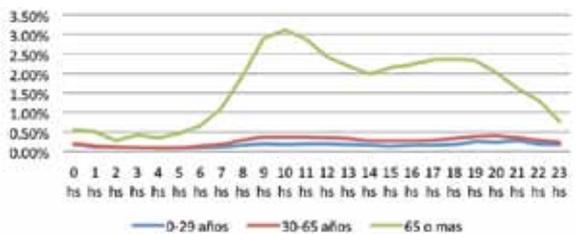
Se evidenciaron dos picos de máxima utilización, el más mar-

Gráfico 26
Tasa de utilización horaria de códigos rojos por grupos etarios



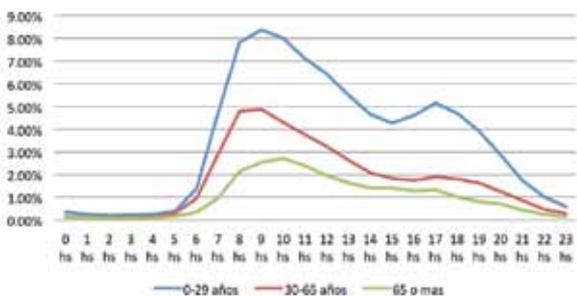
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 27
Tasa de utilización horaria de códigos amarillos por grupos etarios



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 28
Tasa de uso horaria de código verde por edades



Fuente: Elaboración propia.

cado entre las 8hs y las 13hs. El segundo pico se observa entre las 17hs y las 19hs.

5.5. Motivos de llamado

Los motivos de llamado variaron en cada tipo de servicio, sumando un total de 110 motivos de llamado para el código rojo, 123 para el amarillo y 93 para el verde.

A fin de obtener una muestra representativa para clasificar los motivos de llamado, hemos utilizado el principio de Pareto, también conocido como la regla del 80-20, para seleccionar los motivos de llamado más frecuentes por cada tipo de servicio.

En la población analizada se observó que la selección de los 10 motivos de llamado más frecuentes de cada código, agrupa el 83% de la cantidad de los llamados generados por los distintos tipos de servicio (tabla 10).

Motivos de llamada de emergencias domiciliarias

La tabla 11 muestra los diez motivos de llamados más frecuentes, para los servicios activados en código rojo.

Tabla 10
Distribución de los motivos de llamados por orden de frecuencia

Tipo de servicio	Servicios totales	Cantidad de servicios agrupados en los 10 motivos más frecuentes	% de la muestra total
Código rojo	8.706	5.295	61%
Código amarillo	22.332	12.671	57%
Código verde	153.538	134.630	88%
Totales	184.576	152.596	83%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11
Motivos de llamado en código rojo, todos los grupos

	Motivo de llamada	N	%
1	Dificultad respiratoria	1.589	18%
2	Pérdida de conocimiento	929	11%
3	Dolor de pecho	902	10%
4	Hipertensión arterial	492	6%
5	Confusión/obnubilación	275	3%
6	Traumatismo de miembros	256	3%
7	Palpitaciones	237	3%
8	Traumatismo de craneo	223	3%
9	Caída de altura	199	2%
10	Dolor en otros	193	2%
	Total	8.706	100%

Fuente: Elaboración propia.

Los motivos de llamada en código rojo implican un riesgo de vida en sí mismo. Tanto la dificultad respiratoria severa, como la pérdida del conocimiento y el dolor de pecho se asocian con patologías agudas que requieren una intervención médica de urgencia, que de no ser provista a tiempo, pueden derivar en su extremo, en la muerte del paciente.

Motivos de llamada de urgencias domiciliarias

En la tabla 12 se exponen los diez motivos de llamada más frecuentes para los servicios de urgencias, codificados en amarillo. Los motivos de consulta en código amarillo se presentaron con una distribución más heterogénea, donde no se advirtió la preeminencia de un motivo saliente que caracterice a este tipo de servicios.

Motivos de llamada de visita médica domiciliaria

La tabla 13 muestra los diez motivos de llamada más frecuentes para los servicios de visita domiciliaria en código verde.

Los motivos de llamado en código verde se ubican entre los

Tabla 12
Motivos de llamado en código amarillo, todos los grupos

	Motivo de llamada	n	%
1	Dolor lumbar	2.019	9%
2	Dificultad respiratoria	1.863	8%
3	Dolor en otros	1.712	8%
4	Hipertensión arterial	1.386	6%
5	Dolor abdominal	1.233	6%
6	Mareos/vértigos	1.232	6%
7	Tos/espectoración	1.018	5%
8	Nauseas/vómitos	863	4%
9	Cefalea	699	3%
10	Dolor de pecho	646	3%
	Total	22.332	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13
Motivos de llamado en código verde, todos los grupos

	Motivo de llamada	N	%
1	Tos/espectoración	27.381	18%
2	Fiebre	23.736	15%
3	Dolor garganta (faringitis)	23.458	15%
4	Estado gripal/congestión	21.181	14%
5	Nauseas/vómitos	15.193	10%
6	Diarrea	9.360	6%
7	Dolor abdominal	5.072	3%
8	Dolor de oídos (otalgia)	3.965	3%
9	Cefalea	3.580	2%
10	Erupción cutánea	3.181	2%
	Total	153.538	100%

Fuente: Elaboración propia.

cuadros menores, que si bien no involucran riesgo de vida inminente, dado el bajo grado de complejidad, se menciona que requieren algún tipo de intervención o consejo médico que provisto a tiempo impida la evolución o progresión del cuadro a padecimientos mayores.

Requerimiento de traslado a centro médico

A continuación procederemos a analizar los requerimientos de traslado sanitario emergentes a partir de la atención domiciliaria de pacientes asistidos en los servicios de emergencias, urgencias y visita médica domiciliaria.

Este tipo de traslados son parte integrante del servicio de atención domiciliaria y se efectúan cuando se el paciente requiere internación o bien la admisión al servicio de guardia para una evaluación de mayor complejidad que la que se puede proveer en el domicilio. La tabla 14 resume la cantidad total de servicios anuales en los distintos códigos de servicios, discriminados entre los que requirieron traslado y los que permanecieron en el domicilio.

En términos generales se observó que el mayor porcentaje de traslados de pacientes se ubica en los servicios en código rojo, seguido del código amarillo. Por su parte el código verde tuvo un requerimiento mínimo del servicio de traslado de pacientes.

Incidencia de traslados en emergencias domiciliarias

La figura 29 muestra los porcentajes de traslados requerido en la atención de pacientes domiciliarios en código rojo.

Aproximadamente uno de cada tres servicios en código rojo requirió el traslado del paciente a un centro asistencial. Llama la atención que esta proporción se mantuvo similar en todos los grupos etarios.

Tabla 14

Incidencia de traslado a centro médico, por código, por grupo etario

Código	Traslado a centro asistencial		
	No	Si	
Código Rojo	Traslado a centro asistencial		
	0 a 29 años	64%	36%
	30 a 64 años	67%	33%
	65 o más	65%	35%
	Subtotal	66%	34%
Código Amarillo	Traslado a centro asistencial		
	0 a 29 años	94%	6%
	30 a 64 años	91%	9%
	65 o más	86%	14%
	Subtotal	89%	11%
Código Verde	Traslado a centro asistencial		
	0 a 29 años	99,97%	0,03%
	30 a 64 años	99,96%	0,04%
	65 o más	99,77%	0,23%
	Subtotal	99,96%	0,00%

Fuente: Elaboración propia.

Incidencia de traslados en urgencias domiciliarias

La figura 30 se observan los porcentajes de traslados derivados de la atenciones en código amarillo.

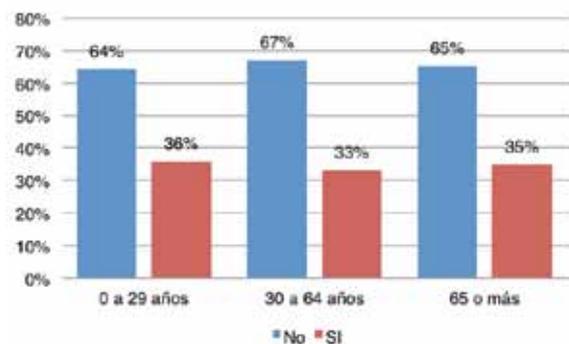
La proporción de traslados en código amarillo fue menor que la del código rojo. El porcentaje más elevado de traslados en código amarillo se registró en el grupo de personas mayores.

Incidencia de traslados en visita médica domiciliaria

La figura 31 muestra los porcentajes de traslado de pacientes en los servicios de visita médica domiciliaria.

Gráfico 29

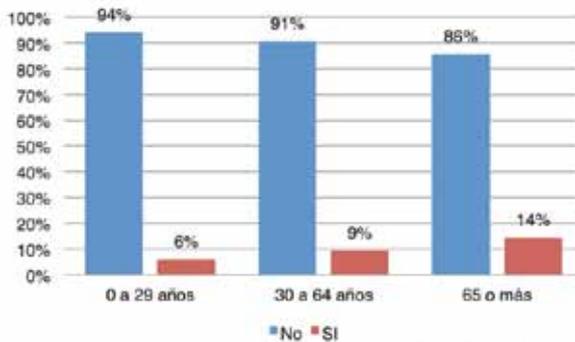
Traslado de pacientes asistidos en código rojo



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 30

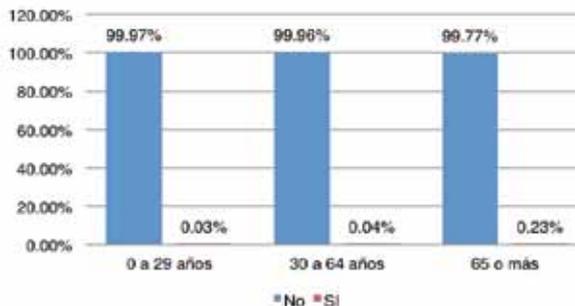
Traslado de pacientes asistidos en código amarillo



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 31

Traslado de pacientes asistidos en código verde



Fuente: Elaboración propia.

La incidencia de traslados en los servicios de visita domiciliaria es mínima y se mantiene en niveles bajos en todos los grupos etarios, aun en la población de adultos mayores.

5.6. Características de la utilización de servicios

Grupo etario de 0 a 29 años

La población más joven es muy heterogénea en su composición. En este grupo etario conviven varias etapas del desarrollo humano, con diferentes características desde el punto de vista sanitario.

Existe consenso en la atención primaria pediátrica en considerar al recién nacido, de 0 a 6 días, el neonato, hasta el primer mes de vida, los lactantes hasta los 2 años, el niño en edad preescolar, de 2-5 años, el escolar (6-12 años), el pre-adolescente (10-12), el adolescente (12-18 años) y los adultos jóvenes (18 a 29). Cada una de las mencionadas etapas tiene necesidades diferentes que exceden el análisis del presente trabajo (gráficos 32 y 33).

Considerando la utilización de los servicios de atención domiciliaria por este grupo en su conjunto, se han observado rasgos diferenciales en la utilización de servicios, comparativamente con los otros grupos etarios. La observación más llamativa es

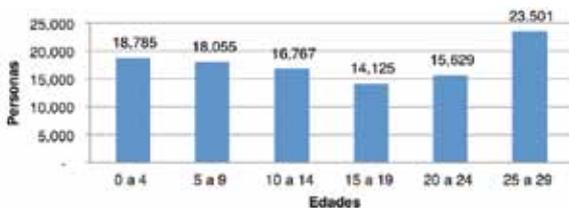
que, a pesar de la baja tasa de utilización de emergencias y urgencias, en los jóvenes aparece un elevado uso del servicio de visita médica domiciliaria. La tasa de uso del 7% de códigos verdes es la más alta de todas las tasas registradas en el presente análisis.

La tabla 15 muestra los motivos de llamado en código rojo en la población joven.

En los servicios de emergencia para la población joven, además de los motivos respiratorios y cardiovasculares se suman los motivos de llamado por convulsiones y traumatismos. En este grupo se observó una reducción de la incidencia de dolor de pecho como motivo de consulta, comparativamente con los otros grupos de mayor edad. La tabla 16 muestra los motivos de llamado en código amarillo en la población joven.

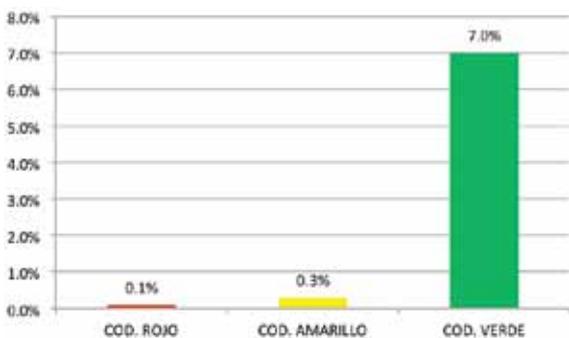
En los códigos amarillos de la población joven se observó una preponderancia los trastornos respiratorios agudos. Los restantes motivos son una miscelánea de diversos motivos de llamado. Los motivos de llamado del código verde en la población joven representaron una muestra heterogénea de la casuística de

Gráfico 32
Grupo etario de 0 a 29 años, con apertura por quinquenio



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 33
Tasa de uso de los distintos tipos de servicio en la población de 0 a 29 años



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15
Motivos de llamada en código rojo, en el grupo de 0 a 29 años

Código	Motivo	Total	%
1	Dificultad respiratoria	760	19%
2	Tos/espectoración	377	9%
3	Nauseas/vómitos	210	5%
4	Dolor abdominal	203	5%
5	Dolor lumbar	190	5%
6	Fiebre	149	4%
7	Mareos/vértigos	144	4%
8	Dolor de pecho	136	3%
9	Cefalea	111	3%
10	Traumatismo de craneo	109	3%
Total Códigos Amarillos de 0-29 años		4.103	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16
Motivos de llamada en código amarillo, en el grupo de 0 a 29 años

Código	Motivo	Total	%
1	Dificultad respiratoria	760	19%
2	Tos/espectoración	377	9%
3	Nauseas/vómitos	210	5%
4	Dolor abdominal	203	5%
5	Dolor lumbar	190	5%
6	Fiebre	149	4%
7	Mareos/vértigos	144	4%
8	Dolor de pecho	136	3%
9	Cefalea	111	3%
10	Traumatismo de craneo	109	3%
Total Códigos Amarillos de 0-29 años		4.103	100%

Fuente: Elaboración propia.

cuadros de baja complejidad o que no entrañan gravedad, con preeminencia de los trastornos respiratorios y febriles (tabla 17).

Grupo etario de 30 a 64 años

La composición de este grupo posiblemente sea más homogénea, considerando que está conformado principalmente por personas activas, en edad laboral. Al desagregar la población en quinquenios, se nota una preeminencia de las edades más jóvenes. De hecho el quinquenio menos poblado es el de adultos de 60 a 65 años. (gráfico 34).

La tasa de uso de los servicios en los adultos de edades intermedias muestra, por un lado una mayor utilización de servicios de emergencias y urgencias y menor utilización de visitas domiciliarias que el grupo más joven. (gráfico 35).

Las tasas de utilización del servicio de atención domiciliaria de la población de edades intermedias, mostraron una mayor utilización de los servicios emergencias y urgencias y menor uso de la visita domiciliaria que la población joven. En la tabla 18 se detallan los diez motivos de llamada más frecuentes en las atenciones en código rojo para la población de edades intermedias. Los motivos de llamado en código rojo son similares a los de

todos los grupos, no detectándose particularidades en la población intermedia. En la tabla 19 se detallan los diez motivos de llamada más frecuentes en las atenciones en código amarillo para la población de edades intermedias.

La clasificación de los motivos de llamada en código amarillo, si bien muestra una ligera preponderancia de los trastornos respiratorios, se clasifican en una miscelánea de motivos variados, no identificándose características remarcables.

Gráfico 35
Tasa de uso de los distintos tipos de servicio en la población de 30 a 65 años

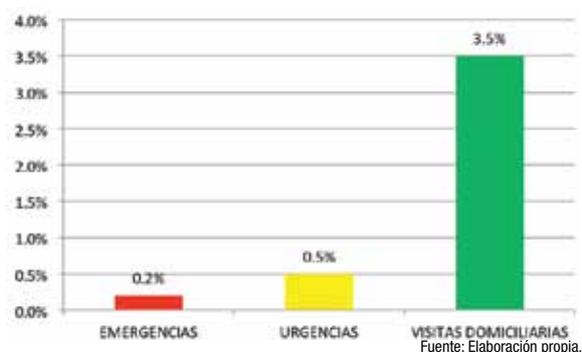


Tabla 17
Motivos de llamada en código verde, en el grupo de 0 a 29 años

	Código Verde 0-29 años	Total	%
1	Tos/espectoración	20.001	22%
2	Fiebre	17.032	19%
3	Dolor garganta (faringitis)	12.825	14%
4	Estado gripal/congestión	9.562	11%
5	Nauseas/vómitos	8.202	9%
6	Diarrea	4.418	5%
7	Dolor de oídos (otalgia)	4.270	5%
8	Erupción cutánea	3.368	4%
9	Dolor abdominal	2.703	3%
10	Cefalea	2.577	3%
	Total Códigos Verdes de 0-29 años	90.151	100%

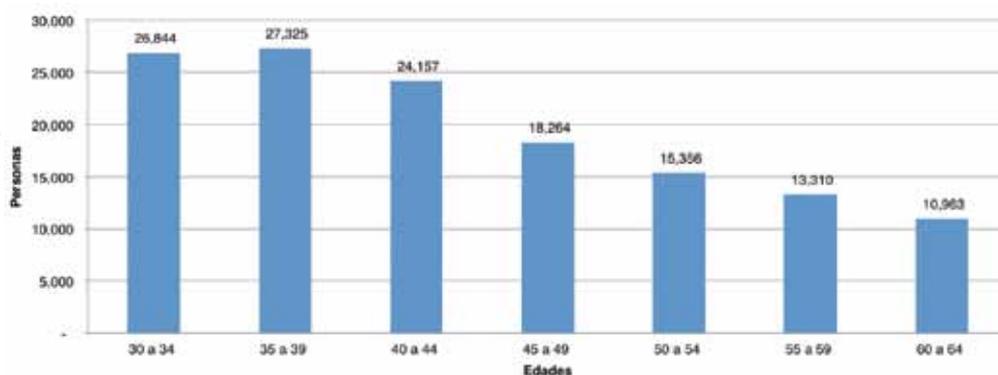
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 18
Motivos de llamada en código rojo, en la población de 30 a 64 años

	Código Rojo	Total	%
1	Dolor de pecho	421	15%
2	Dificultad respiratoria	341	12%
3	Pérdida conocimiento	311	11%
4	Hipertensión arterial	131	5%
5	Palpitaciones	90	3%
6	Traumatismo	86	3%
7	Mareos/vértigos	59	2%
8	Crisis asmática	53	2%
9	Alt. Psiquiátricas	53	2%
10	Dolor abdominal	52	2%
	Total Códigos Rojos de 30-65 años	2.784	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 34
Grupo etario de 30 a 65 años, con apertura por quinquenios



Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 20 se detallan los diez motivos de llamada más frecuentes en las atenciones en código verde, para la población de edades intermedias.

Los motivos de llamado del código verde en la población intermedia, al igual que los de la población joven, representan una muestra heterogénea de la casuística de cuadros de baja complejidad o gravedad, con preeminencia de los trastornos respiratorios y febriles.

Tabla 19
Motivos de llamada en código amarillo, en la población de 30 a 64 años

	Código Amarillo	Total	%
1	Dificultad respiratoria	760	9%
2	Tos/espectoración	377	5%
3	Nauseas/vómitos	210	3%
4	Dolor abdominal	203	2%
5	Dolor lumbar	190	2%
6	Fiebre	149	2%
7	Mareos/vértigos	144	2%
8	Dolor otras partes	136	2%
9	Dolor de pecho	111	1%
10	Cefalea	109	1%
	Total Códigos Amarillos de 30-65 años	8.363	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 20
Motivos de llamada en código verde, en la población de 30 a 64 años

	Código Verde	Total	%
1	Estado gripal/congestión	10.637	19%
2	Dolor garganta	10.202	18%
3	Nauseas/vómitos	6.692	12%
4	Tos/espectoración	6.257	11%
5	Fiebre (adultos)	6.205	11%
6	Diarrea	4.661	8%
7	Dolor abdominal	2.249	4%
8	Cefalea	2.052	4%
9	Dolor en...	1.501	3%
10	Dolor lumbar	1.320	2%
	Total Códigos Verdes de 30-65 años	57.316	100%

Fuente: Elaboración propia.

Grupo etario de 65 o más años

En el detalle de cantidad de personas por quinquenio de este grupo se nota, característicamente, una progresión decreciente hacia las edades más avanzadas (gráfico 36).

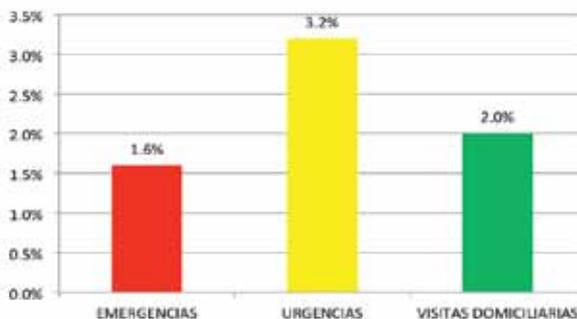
Las tasas de uso que registra la población de adultos mayores, merecen un comentario especial, ya que, como era previsible, aquí se incrementa el uso del servicio de emergencias y urgencias, pero llamativamente, este grupo etario registra las tasas más bajas de uso de visita médica domiciliaria de toda la población en estudio (gráfico 37).

Las tasa de uso de la población mayor muestran una mayor utilización de los servicio de emergencia y urgencia que la población joven y la de edades intermedias. En cambio, llama la atención la baja tasa de utilización del servicio de visitas domiciliarias, en relación a los otros grupos etarios en estudio.

En la tabla 21 se detallan los diez motivos de llamada más frecuentes en las atenciones en código rojo para la población de personas mayores.

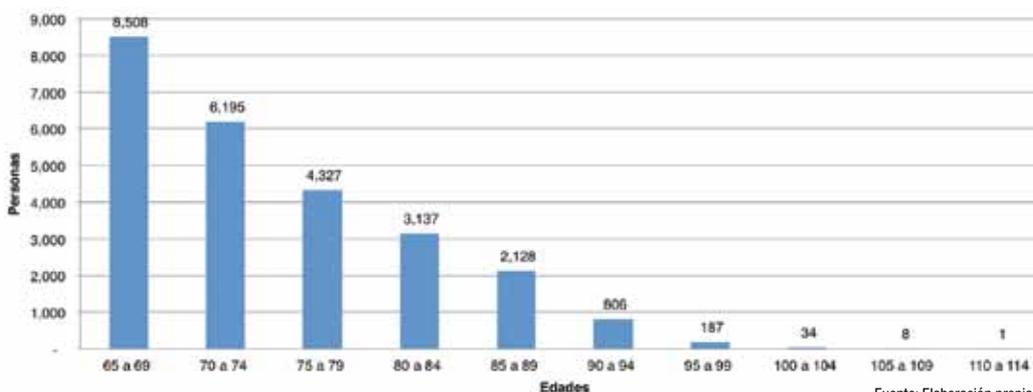
En los motivos de llamado en código rojo de la población mayor predominaron las afecciones cardiovasculares, representadas en motivos de llamada por dificultad respiratoria, pérdida de conocimiento, dolor de pecho e hipertensión arterial.

Gráfico 37
Tasa de uso de los distintos tipos de servicio en la población 65 años o más



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 36
Grupo etario de 65 o más años, con apertura por quinquenios



Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 22 se detallan los diez motivos de llamada más frecuentes en las atenciones en código amarillo para la población de personas mayores.

En los motivos de llamado en código amarillo de esta población apareció una mayor participación de los padecimientos de distintos tipo de dolor.

En la tabla 23 se detallan los diez motivos de llamada más frecuentes en las atenciones en código verde para la población de personas mayores.

Entre los motivos de llamada en código verde más frecuentes en la población mayor se destacaron los problemas catarrales y febriles y cuadros de dolor de variada índole, seguidos de una amplia variedad de otros motivos de llamado heterogéneos.

6. Discusión, conclusiones y recomendaciones

La atención domiciliaria es una de las intervenciones de mayor impacto en el espectro médico asistencial de las personas, y es especialmente en el campo de las emergencias médicas donde su valoración alcanza su máxima expresión.

A la luz del progresivo incremento de la población de mayores de 65 años, con dificultades para desplazarse a los centros asistenciales, los puntos de contacto extra hospitalarios adquieren hoy en día aún mayor relevancia para el sistema de salud. Dentro de los supuestos, se plantea la hipótesis de que la demanda de servicios de atención médica domiciliaria difiere en las distintas etapas de la vida y que es necesario identificar las características de la modalidad de atención domiciliaria de la población.

Por otra parte, los modelos de atención de los servicios pre hospitalarios de nuestro país no están preparados para proveer servicios médico asistenciales adaptados al paciente mayor y

hay un desconocimiento de sus peculiaridades. La formación de los profesionales de la salud, en general, no prioriza los padecimientos crónicos. Muchas de las dificultades para la elaboración de políticas sanitarias provienen de la insuficiente capacitación de los recursos profesionales (Gonzalez García y Tobar, 2004).

La población en estudio cuenta con cobertura médica, lo que reduce la participación de algunos factores relacionados con las dificultades de acceso y permite dar paso a otras consideraciones que pueden influenciar en las modalidades de utilización de los servicios de atención domiciliaria de las personas.

El trabajo llevado a cabo se sitúa en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que cuenta con una variada oferta de servicios de salud, públicos y privados. La muestra resulta interesante por su tamaño y representa el 9% de la población de CABA. Sin embargo, se menciona como limitación, que las observaciones obtenidas de esta muestra pertenecen al ámbito privado, y no son replicables al ámbito público.

El 91% de la población en estudio era menor de 65 años, mientras que solo el 9% restante superó esa edad. Esto habla de una

Tabla 22
Motivos de llamada por código amarillo, en la población de 65 años o mayor

	Código Amarillo	Total	%
1	Dolor en otros	1.108	11%
2	Hipertensión arterial	792	8%
3	Dificultad para respirar	629	6%
4	Dolor lumbar	604	6%
5	Mareos/vértigos	534	5%
6	Dolor abdominal	507	5%
7	Trastornos urinarios	467	5%
8	Tos/espectoración	462	5%
9	Malestar inespecífico	386	4%
10	Traumatismo de miembros	343	3%
	Total Códigos Amarillos de 65 o más años	9.866	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 21
Motivos de llamada por código rojo, en la población de 65 años o mayor

	Código Rojo	Total	%
1	Dificultad respiratoria	1.106	23%
2	Pérdida de conocimiento	526	11%
3	Dolor de pecho	444	9%
4	Hipertensión arterial	356	7%
5	Confusión/obnubilación	234	5%
6	Caída de altura	144	3%
7	Palpitaciones	132	3%
8	Dolor en...	124	3%
9	Hipotensión arterial	122	2%
10	Dif para respirar - adultos	121	2%
	Total Códigos Rojos de 65 o más años	4.882	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 23
Motivos de llamada por código verde, en la población de 65 años o mayor

	Código Verde	Total	%
1	Tos/espectoración	1.123	18%
2	Estado gripal/congestión	982	16%
3	Dolor en otros	534	9%
4	Fiebre	463	8%
5	Dolor garganta	431	7%
6	Diarrea	429	7%
7	Nauseas/vómitos	299	5%
8	Dolor abdominal	246	4%
9	Mareos/vértigos	164	3%
10	Malestar inespecífico	161	3%
	Total Códigos Verdes de 65 o más años	6.071	100%

Fuente: Elaboración propia.

población predominantemente joven. En cuanto a la distribución de género, se dividió en partes prácticamente iguales, el 51% fue de sexo femenino y el 49%, masculino.

En todos los tipos de servicios analizados, se registró una mayor demanda femenina en la utilización de los servicios de atención domiciliaria. Estos hallazgos están en línea con publicaciones previas donde se plantea que la preeminencia femenina en la demanda general de servicios de salud. Este fenómeno podría deberse, al menos en parte, a que las mujeres manifiestan mayor preocupación por temas relacionados con la salud y consultan con mayor frecuencia y más prematuramente por sus propias afecciones y las de su familia (Castañeda Abascal y Villalón Barrera 2013). Es posible que la preponderancia femenina de la demanda se deba también a una mayor educación de prevención recibida sobre controles ginecológicos, prevención del cáncer de mama, controles pediátricos de sus hijos, etc.

Entre los distintos tipos de servicios totales de la población en estudio se observó que el 17% son motivados por llamados de emergencias y urgencias, es decir que requirieron atención inmediata y de alta complejidad, mientras que el 83% de la demanda fue originado por consultas médicas domiciliarias motivadas por cuadros de menor envergadura. En este punto se analiza la posibilidad de inferir que los usuarios de los sistemas privados privilegian la atención domiciliaria antes que la concurrencia a los centros de salud. Esto podría estar motivado por factores culturales y sociales que afectan a las modalidades de consumo de los usuarios de los servicios privados, que recelan de los tiempos de espera de los servicios de atención de guardia y/o temen el riesgo de contagio en el ámbito nosocomial.

En cuanto al uso los servicios de atención domiciliaria por rango etario, se observó que la demanda espontánea de las visitas domiciliarias en código verde superó ampliamente a la de los servicios de emergencias y urgencias. A su vez, la población más joven fue la que más utilizó el servicio de visita médica domiciliaria, mientras que la población mayor fue la que lideró el uso de códigos rojos y amarillos.

Aquí conviene detenerse en un hallazgo inesperado de este trabajo, que la población mayor de 65 años presentó menores tasas de utilización de servicios domiciliarios en código verde que los más jóvenes. Estas observaciones se contraponen al preconcepto que los ancianos generan una sobrecarga de trabajo al sistema, por mayor demanda de visitas domiciliarias. Es posible que esto se sustente en que la población mayor cuenta con más experiencia, autoconocimiento, o mejor instrucción sanitaria en temas de prevención de la salud.

La tasa general de utilización de emergencias y urgencias fue relativamente baja para toda la población de este sistema, en-

contrándose en el orden del 0,3 % para el código rojo y del 0,7% para el código amarillo, pero el grupo de mayor edad fue el que más utilizó este tipo de atención de alta complejidad.

Con respecto las tendencias en la estacionalidad de la demanda de servicios de los distintos grupos etarios, se observó que mientras la demanda de emergencias y urgencias, en general, se mantuvo estable a lo largo del año, con una marcada estacionalidad en la utilización de servicios de visita médica domiciliaria con mayor uso en meses de invierno, dado por la población joven y de edades intermedias pero menos marcado en los mayores, con disminución de los niveles de utilización en los meses de verano. Una posible explicación para la estacionalidad en la modalidad de uso de los jóvenes podría relacionarse con la incidencia de factores que atañen a temas de escolaridad o de ritmo de actividad laboral, que pesan menos en la población mayor.

La distribución de la atención domiciliaria por día de la semana, aportó el hallazgo que los días lunes concentraron el 20% del total de servicios, con niveles mínimos de utilización los días sábados. El pico de demanda en los días lunes fue a expensas de los servicios de visita domiciliario, ya que la demanda de emergencias y urgencias se mantuvo estable a lo largo de toda la semana. La mayor demanda de atenciones los lunes podría estar condicionada por cuestiones culturales inherentes a la idiosincrasia de nuestra población que pospone la consulta médica por temas menores hasta el primer día hábil de la semana, siendo la demanda de servicios de salud subrogada durante los fines de semana por actividades sociales, recreativas y de esparcimiento.

Por su parte, el análisis de la demanda horaria de atención domiciliaria presentó una curva bimodal con un pico matutino (desde las 8 horas) y otro a la tarde (entre 17 y 20 horas) en todos los tipos de servicio. El pico más pronunciado fue dado por el incremento de demanda de códigos verdes de la población joven en horas de la mañana hasta el mediodía. Este comportamiento podría sugerir que la demanda presenta un desplazamiento acorde con horarios de inicio o fin de la jornada escolar o laboral, dado que los niveles de utilización de los servicios domiciliarios se reducen al mínimo en el horario nocturno, de 0 a 6 am.

De la evaluación de los motivos de llamada en código rojo se advirtió una preeminencia de los trastornos respiratorios y cardiovasculares, en la población de adultos de edades intermedias y mayores. En la población joven cobraron protagonismo los cuadros convulsivos y los traumatismos en la emergencia médica. En los mayores la patología cardiovascular lideró el ranking de consultas como emergencias.

En la visita domiciliaria, en cambio, se presentaron una multiplicidad de diagnósticos concurrentes de padecimientos de menor envergadura, predominando los cuadros respiratorios, catarrales y febriles, en todos los grupos etarios.

Finalmente, se menciona otro hallazgo, que cobraría especial significado para los sistemas de atención domiciliaria, se observó que uno de cada tres pacientes que se asistieron en código rojo requirió traslado a un centro asistencial para todos los grupos de edades. También aquí vale la pena remarcar que este dato se contrapone a otro preconcepto que los mayores requieren más traslados que los más jóvenes. Es razonable suponer que este comportamiento se explicaría por una adecuada codificación de los operadores del sistema de emergencias médicas que categorizan en código rojo a los cuadros verdaderamente graves y de alto riesgo en forma independiente de la edad.

Estudios previos sobre esta problemática han evidenciado que los ingresos hospitalarios de pacientes domiciliarios se relacionan con el sexo, la comorbilidad, el estado de salud subjetiva del paciente. Se debe hacer notar además en que la falta de continuidad en la información y la ausencia de coordinación de los protocolos asistenciales entre los distintos niveles asistenciales, son factures de deficiencia que gravitan más en la incidencia de internaciones que la atención sanitaria recibida en la atención domiciliaria (Badia et al. 2012).

De esa manera, resumiendo, se puede concluir que:

Las mujeres demandaron más atención domiciliaria que los hombres, en los distintos grupos etarios y para todos los distintos grados de severidad.

El grupo de personas mayores de 64 años presentó la mayor tasa de utilización del servicio médico domiciliar por emergencias y urgencias (códigos rojo y amarillo).

El grupo de personas jóvenes, menores de 29 años, presentó la mayor demanda por visita médica a domicilio (código verde).

El comportamiento global de la demanda presentó picos de máxima demanda en los meses de invierno y en los días lunes que podrían corresponder no sólo a factores sanitarios o ambientales sino a aspectos sociales, culturales o laborales que merecerían ser analizados específicamente.

Los motivos de consulta en los códigos rojo o amarillo fueron diferentes entre los distintos grupos, hubo predominio de cuadros cardiovasculares en la población de mayor edad y de cuadros respiratorios agudos o traumáticos en la población más joven.

En todos los grupos etarios, uno de cada tres personas asistidas en código rojo, requirió traslado a un centro asistencial, este hallazgo debería ser tomado en cuenta al momento de la asignación de recursos necesarios para sistemas de atención médica pre-hospitalaria.

Los hallazgos que surgieron del presente trabajo nos invitan a reflexionar sobre posibles mejoras en los modelos de atención domiciliaria. Las nuevas modalidades de utilización de los servicios de salud, que surgen a partir de la transición demográfica, sugieren que no será suficiente con alcanzar un refuerzo numérico de la estructura prestacional, para afrontar los picos de demanda, sino que además se deberán desarrollar programas de capacitación y acreditación de prestadores, para obtener mejores resultados a largo plazo.

El hecho de que la mujer sea más requirente promueve a pensar que tiene una propensión mayor a la prevención y al autocuidado y origina a su vez un alerta sobre la necesidad de trabajar en la educación para el autocuidado.

Adicionalmente, en el acto médico desarrollado en el ámbito domiciliario se torna imprescindible considerar incorporar de sistemas informáticos que brinden soporte al registro de las prestaciones, y permitan un adecuado almacenamiento de las atenciones de salud, que redunden en un mejor y más pormenorizado conocimiento del paciente y sus circunstancias especiales.

El estudio ha evidenciado que las personas mayores demandan más servicios médicos en carácter de urgencia, lo que determina un requerimiento de asistencia domiciliaria de mayor nivel de complejidad. Este punto debe ser tomado en cuenta al momento de asignar recursos profesionales.

La capacitación de los profesionales de la salud en temas gerontológicos, cobra especial trascendencia en la atención domiciliaria de los adultos mayores, que presentan múltiples patologías concomitantes, y cuyo manejo en domicilio por personal no entrenado probablemente los torne propensos a internaciones evitables.

Se requiere el fortalecimiento de la capacitación específica a los efectos de minimizar las derivaciones innecesarias, con las consecuentes incomodidades para el anciano y su familia, sin incurrir en riesgos para la seguridad del paciente.

El hallazgo de la elevada incidencia de traslado de pacientes a centros de salud, derivados de las atenciones en código rojo de todas las edades, debería alertar al sistema en el sentido de tomar las previsiones de disponibilidad de camas, transporte adecuado y debidamente equipado para la transferencia del paciente en uno de cada tres casos asistidos. Consecuentemente estos servicios demandarán más tiempo operativo y mayor ocupación de la estructura prestacional.

Adicionalmente se percibe la conveniencia de capacitar a los profesionales para la atención domiciliaria del adulto mayor e incorporar gerontólogos a los equipos de atención domiciliaria que integran los diferentes equipos de la salud.

Finalmente se estima que la aplicación de herramientas de telemedicina, ya en uso en otros países, podría tener su utilidad en la asistencia domiciliar e intervenir positivamente en la evolución de las enfermedades crónicas, propias de los adultos mayores. Un adecuado desarrollo de esta tecnología podría representar una solu-

ción para la problemática del exceso de demanda de atención domiciliar los días lunes y en la época invernal. La consulta remota posiblemente ayudaría a contener la demanda de consultas por padecimientos menores, mejoraría la calidad de vida y satisfacción del usuario, a la vez que podría contener costos de atención domiciliar.

Bibliografía

- Abba, A, et al. "Revelaciones De Los Datos Provisionales Del Censo 2010 ¿Una Nueva Realidad De La Buenos Aires Metropolitana?" Observatorio Urbano Local Buenos Aires Metropolitana (2011).
- Abba, A, et al. "Revelaciones De Los Datos Provisionales Del Censo 2010 ¿Una Nueva Realidad De Buenos Aires Metropolitana?" Publicación on-line del Observatorio Metropolitano Local–UOLBAM, Buenos Aires: CIHAM, FADU, UBA, 2011.
- Álvarez, María Arántzazu González, et al. "Hacia Un Nuevo Modelo De Atención En Los Cuidados Del Paciente Pluripatológico: Punto De Vista De Las Enfermeras De Atención Primaria." RqR Enfermería Comunitaria 2 3 (2014): 36-42.
- Arce, Hugo E. "Organización Y Financiamiento Del Sistema De Salud En La Argentina." Medicina (Buenos Aires) 72 5 (2012): 414-18.
- Intervenciones Educativas Para El Tratamiento Higiénico Médico, Dietético, En Pacientes Crónicos Con Atención Domiciliaria. Congreso Virtual sobre Educación Media y Superior. 2014.
- Asencio, José Miguel Morales, et al. "Diseño Y Validación De Instrumento De Evaluación De La Satisfacción Con Los Servicios De Atención Domiciliaria: Satisfad." Gaceta Sanitaria 21 2 (2007): 106-13.
- Azpiazu Garrido, Mercedes, et al. "Factores Asociados a Mal Estado De Salud Percibido Oa Mala Calidad De Vida En Personas Mayores De 65 Años." Revista Española de Salud Pública 76 6 (2002): 683-99.
- Badia, Joan Gené, et al. "Factores Asociados a Ingreso Hospitalario En Una Cohorte De Pacientes Ancianos Incorporados a Un Programa De Atención Domiciliaria." Medicina Clínica 139 11 (2012): 473-78.
- Belló, Mariana, y Victor M Becerril-Montekio. "Sistema De Salud De Argentina." salud pública de méxico 53 (2011): s96-s109.
- Cardona Arango, MaríaDorys, y Enrique Peláez. "Envejecimiento Poblacional En El Siglo Xxi: Oportunidades, Retos Y Preocupaciones." Revista Científica Salud Uninorte 28 2 (2012).
- Castañeda Abascal, Ileana Elena, y Odís Nelson Villalón Barrera. "Necesidades De Servicios De Salud En Mujeres Y Hombres Mayores De 60 Años." Revista Cubana de Medicina General Integral 29 1 (2013): 36-43.
- Censos, Instituto Nacional de Estadística y. "Censo Nacional De Población Y Viviendas 2010. Resultados Definitivos." INDEC Serie B N° 2 Tomo 1 (2012).
- Cetrángolo, Oscar, y ArielaGoldschmit. "Sistema De Salud Argentino: Provisión Y Financiamiento En Busca De La Cobertura Universal." Backgroundreport commissioned by the Human Development Department, Latin American and the Caribbean Region, World Bank, Washington, DC (2012).
- Contel, Juan Carlos, Blanca Muntané, y Lourdes Camp. "La Atención Al Paciente Crónico En Situación De Complejidad: El Reto De Construir Un Escenario De Atención Integrada." Atención Primaria 44 2 (2012): 107-13.
- Corrales-Nevado, Dolores, Alberto Alonso-Babarro, y María Ángeles Rodríguez-Lozano. "Continuidad De Cuidados, Innovación Y Redefinición De Papeles Profesionales En La Atención a Pacientes Crónicos Y Terminales. Informe Sespas 2012." Gaceta Sanitaria 26 (2012): 63-68.
- Crossette, Barbara. "Estado De La Población Mundial 2011. 7 Mil Millones De Personas, Su Mundo, Sus Posibilidades." RedRev Científicas América Lat El Caribe Esp Port: Estudios de Población–Fondo. de las Naciones Unidas. Organización de Naciones Unidas, 2011.
- Díaz Díaz, M, PSS Hernández, y MF Rodríguez. "Medicina Geriátrica De Urgencia: Reto Del Presente Y Del Futuro." Acta Médica del Centro 8 2 (2014).
- Durán, A, et al. "Enfermedad Crónica En Adultos Mayores." UnivMéd Bogotá (Colombia) 51 1 (2010): 16-28.
- Espinel-Bermúdez, María Claudia, et al. "Impacto De Un Programa De Atención Domiciliaria Al Enfermo Crónico En Ancianos: Calidad De Vida Y Reingresos Hospitalarios." Salud pública de México 53 1 (2011): 17-25.
- García, Ginés González, y Federico Tobar. Salud Para Los Argentinos: Economía, Política Y Reforma Del Sistema De Salud En Argentina. Ediciones Granica SA, 2004.
- Giovanella, Ligia, et al. Sistemas De Salud En Suramérica: Desafíos Para La Universalidad La Integralidad Y La Equidad. ISAGS, 2012.
- Golbert, Laura, y Emilia Roca. "Políticas Públicas Destinadas a Las Personas Mayores. El Caso Argentino." Desarrollo, Economía y Sociedad 3 1 (2016): 11-22.
- Gómez de Vargas, Ines, y Ignacio Ramírez Duarte. "La Oferta Y La Demanda De Los Servicios De Salud." Revista Científica Salud Uninorte 28 2 (2012).
- Hoskins, Irene, Alexandre Kalache, y SusanMende. "Hacia Una Atención Primaria De Salud Adaptada a Las Personas De Edad." RevPanam Salud Pública 17 5-6 (2005): 444-51.
- Huenchuan, Sandra. Envejecimiento, Solidaridad Y Protección Social En América Latina Y El Caribe: La Hora De Avanzar Hacia La Igualdad. CEPAL, 2013.
- Lesende, Iñaki Martín. "Abordaje Integral Del Paciente Pluripatológico En Atención Primaria. Tendencia Necesitada De Hechos." Atención Primaria 45 4 (2013): 181-83.
- Lillo-Crespo, Manuel. "Tendencias Actuales De Investigación E Innovación Ante El Envejecimiento Poblacional." Horizonte sanitario 15 2 (2016): 57-62.
- Maceira, Daniel. "Financiamiento Y Prestación De Servicios De Salud En Argentina." Disponible en: <http://www.danielmaceira.com.ar/> (2010).
- Manrique-Espinoza, Betty, et al. "Condiciones De Salud Y Estado Funcional De Los Adultos Mayores En México." salud pública de méxico 55 (2013): S323-S31.
- Martín-Sánchez, Francisco Javier, Cesáreo Fernández Alonso, y Pedro Gil Gregorio. "Puntos Clave En La Asistencia Al Anciano Frágil En Urgencias." Medicina Clínica 140 1 (2013): 24-29.
- Matus-López, Mauricio. "Tendencias En Las Políticas De Atención a La Dependencia De Ancianos Y Sus Reformas." Cuadernos de Saúde Pública 31 12 (2015): 2475-81.
- Muro, Marcelo R, Daniel M Maffei, y Roberto V Cohen. "Los Sistemas De Atención Médica De Emergencia En La República Argentina." SAME. Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires 9 1 (2001).
- Musgrove, Philip. "¿CuantoMas Vale Prevenir Que Curar? Reflexiones Sobre La Distribución De Gastos En La Atención Médica." Economía 10 19 (2012): 91-99.
- Palomo, Luis, Joan Gené-Badia, y Juan José Rodríguez-Sendín. "La Reforma De La Atención Primaria, Entre El Refugio Del Pasado Y La Aventura De La Innovación. Informe Sespas 2012." Gaceta Sanitaria 26 (2012): 14-19.
- Peláez, Martha. "La Construcción De Las Bases De La Buena Salud En La Vejez: Situación En Las Américas." RevPanam Salud Pública 17 5/6 (2005): 299-302.
- Piñarte Suárez, Diana Isaura, y Nancy Victoria Reinoso Martínez. "Atención Domiciliaria En Salud Realizada Por Instituciones Prestadoras De Salud En La Ciudad De Bogotá Y Su Relación Con La Atención Primaria En Salud, Año 2013." (2014).
- Piqué, JM. "Retos De Futuro En La Organización De La Asistencia Sanitaria." Acta Gastroenterológica Latinoamericana 41 4 (2011): 335-39.
- Quintero, Luis R. "Evaluación De Un Modelo De Atención Pre-Hospitalario Para Pacientes Con Infarto De Miocardio, Angina O Dolor De Pecho De Comienzo Agudo, En La Ciudad De Buenos Aires. " Tesis de Magister en Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2010.
- Ramírez, José Carlos García. "Diagnóstico Situacional Del Envejecimiento En México Desde Los Derechos Humanos Y La Política Pública." Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento 4 10 (2016): 243-62.
- Reveiz, Ludovic, et al. "Prioridades De Investigación En Políticas Y Sistemas De Salud Centradas En Los Recursos Humanos En Salud." RevPanam Salud Pública 34 5 (2013): 295-303.
- Rodríguez, José Rodríguez, et al. "Evaluación Geriátrica Integral, Importancia, Ventajas Y Beneficios En El Manejo Del Adulto Mayor." Panorama Cuba y Salud 9 1 (2014): 35-41.
- Rovira, Eduardo Rodríguez. Salud Y Personas Mayores: La Discriminación Sanitaria Del Mayor. Academia de Medicina de Cantabria, 2004.
- Rubiano, Eduardo Kronfly, et al. "Riesgo De Depresión En Personas De 75 Años O Más, Valoración Geriátrica Integral Y Factores De Vulnerabilidad Asociados En Atención Primaria." Atención Primaria (2015).
- Rubinstein, A, et al. Serie Sobre Hospitalizaciones Evitables Y Fortalecimiento De La Atención Primaria En Salud: El Caso De Argentina: Inter-American Development Bank, 2012.
- Ruelas Gonzalez, MG. "Modelo De Atención Integral En Salud Para Adultos Mayores Maltratados." Ed. Pública, Instituto Nacional de Salud. 1° Edición ed, 2013. 1-68.
- Seoane, Clemente Couso, et al. "La Bioética Y Los Problemas Del Adulto Mayor." Medisan 2 3 (1998): 30-35.
- Tobar, Federico. "¿Cómo Curar Al Sistema De Salud Argentino." RevPanam Salud Pública/Pan Am J PublicHealth 11 4 (2002): 277-82.
- Valdez, EA, RR Pérez, y MJC Rodríguez. "Análisis De La Oferta De Servicios Para Adultos Mayores Y Sus Necesidades Manifiestas." Psicología y salud 15 1 (2014): 127-33.
- Viveros Madariaga, Alberto. Envejecimiento Y Vejez En América Latina Y El Caribe: Políticas Públicas Y Las Acciones De La Sociedad. CEPAL, 2001.
- Wong, Rebeca, Martha Peláez, y Alberto Palloni. "Autoinforme De Salud General En Adultos Mayores De América Latina Y El Caribe: Su Utilidad Como Indicador." RevPanam Salud Pública 17 5/6 (2005): 323-32.