

Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autora: Estrella Sananes

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

2017

Director de Tesis: Dr. Luis R. Quinteros

Citar como: Sananes, E. (2017). 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. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD] RID ISALUD.

<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/3492>

Agradecimientos

A Enrique, mi marido, mi amor y el mejor compañero en la aventura de vivir.

A mis hijos, que llenan mi corazón de felicidad y no me escatiman peripecias.

A mis padres, que con tanto amor hicieron de mí quien soy hoy.

A mi director de tesis, que me ilustró con sus valiosos y desinteresados aportes.

A los directivos de MCO S.A., por su permanente apoyo, colaboración y comprensión.

A Mario Glanc, coordinador de mi Maestría, por su soporte y agudas observaciones.

A la Dra. Marina Khoury, que aportó su experiencia para la precisión de la información.

A la Universidad ISALUD, que me permitió dar un paso más en mi formación profesional.

Índice de Contenidos

Agradecimientos	2
Índice de Contenidos	3
1. Introducción	11
1.1 Presentación	11
1.2 Descripción del problema.....	11
1.3 Contexto.....	14
1.3.1 Demografía.....	15
1.3.2 Oferta y cobertura de servicios de salud	16
1.3.3 Atención pre hospitalaria domiciliaria.....	16
1.4 Relevancia y Justificación.....	17
1.5 Estructura de la tesis.....	20
2. Planteamiento del Problema	21
2.1 Formulación del Problema de la Tesis	21
2.2 Objetivos	22
2.3 Objetivo general	22
2.4 Objetivos específicos.....	22
3. Marco teórico.....	23
3.1 Aspectos sanitarios del envejecimiento.....	23
3.2 Accesibilidad y cobertura de salud	24
3.3 Oferta y demanda de servicios de salud	25
3.4 Demanda de atención ambulatoria	26
3.5 La atención médica domiciliaria	27
3.6 Bioética de la atención domiciliaria	28

3.7	Caracterización de la atención pre hospitalaria	29
3.8	Hipótesis.....	30
4.	Metodología.....	31
4.1	Tipo de estudio.....	31
4.2	Dimensiones, variables, indicadores.....	31
4.3	Universo y características de la muestra	32
4.4	Fuentes de información y técnicas de recolección de datos	35
4.5	Análisis de datos.....	36
5.	Desarrollo.....	37
5.1	Caracterización de servicios domiciliarios.....	37
5.1.1	Servicios totales por grupo etario	37
5.1.2	Tasa de uso anual de atención domiciliaria	39
5.1.3	Atención domiciliaria, según sexo.....	40
5.1.4	Tipos de atención domiciliaria, por género	40
5.1.5	Tipo de atención domiciliaria por grupo etario	42
5.1.6	Grupos etarios por cada tipo de servicio	43
5.1.7	Tasas de uso de atención domiciliaria por edad	44
5.1.8	Tasas de uso atención domiciliaria, por tipo de servicio	45
5.2	Estacionalidad de la demanda	47
5.2.1	Emergencias domiciliarias.....	48
5.2.2	Urgencias domiciliarias.....	49
5.2.3	Visita médica domiciliaria	50
5.2.4	Tasas de uso de atención domiciliaria mensual	51
5.3	Atención domiciliaria por día	53
5.3.1	Atención domiciliaria diaria por tipo de servicio.....	55
5.4	Atención domiciliaria por hora	56
5.4.1	Código rojo por hora.....	58
5.4.2	Código amarillo por hora	58

5.4.3	Código verde por hora	59
	La siguiente figura muestra las curvas de las tasas de uso de los tres códigos de emergencias, urgencias y vista domiciliaria.	60
5.4.4	Tasa de uso por edad	61
5.4.5	Tasa de uso horaria código rojo	62
5.4.6	Tasa de uso de emergencias por hora	62
5.4.7	Tasa de uso visita domiciliaria por hora	63
5.5	Motivos de llamado	64
5.5.1	Motivos de llamada de emergencias domiciliarias.....	65
5.5.2	Motivos de llamada de urgencias domiciliarias	66
5.5.3	Motivos de llamada de visita médica domiciliaria.....	66
5.6	Requerimiento de traslado a centro médico	67
5.6.1	Incidencia de traslados en Emergencias domiciliarias	68
5.6.2	Incidencia de traslados en Urgencias domiciliarias	69
5.6.3	Incidencia de traslados en Visita Médica domiciliaria	70
5.7	Características de la utilización de servicios	71
5.7.1	Grupo etario de 0 a 29 años	71
5.7.2	Grupo etario de 30 a 64 años	75
5.7.3	Grupo etario de 65 o más años.....	78
6.	DISCUSIÓN	82
7.	CONCLUSIONES.....	86
8.	RECOMENDACIONES FINALES.....	87
9.	BIBLIOGRAFÍA	89
10.	ANEXOS.....	96
10.1	Índices de envejecimiento Argentina.....	96
10.2	Cobertura de Salud en CABA.....	97
10.3	Atención domiciliaria por tipo y por edad	98
10.4	Tasas de uso anual de atención domiciliaria.....	99

10.5	Tasas de uso mensual.....	100
10.6	Servicios por día	101
10.7	Emergencias por hora	102
10.8	Urgencias por hora	103
10.9	Visita médica domiciliaria por hora.....	104
10.10	Motivos de llamada por tipo de servicio.....	105
10.11	Motivos de llamada de 0 a 29 años.....	106
10.12	Motivos de llamada de 30 a 64 años.....	107
10.13	Motivos de llamada de 65 y más años.....	108

Índice de Tablas

Tabla 1	Estructura poblacional de la Ciudad de Buenos Aires.....	15
Tabla 2	Porcentaje de población de adultos mayores en Argentina	15
Tabla 3	Categorización de la atención medica domiciliaria	32
Tabla 4	Clasificación por rango etario	33
Tabla 5	Población en estudio por edad y sexo	34
Tabla 6	Demanda anual de servicios, por tipo, total año 2016	38
Tabla 7	Tasa de uso anual para los distintos tipos de servicio, en el año 2016	39
Tabla 8	Cantidad de servicios de atención domiciliaria	40
Tabla 9	Demanda de atención domiciliaria por tipo de servicio, por sexo	41
Tabla 10	Servicios médicos anuales, por rango etario y por tipo de servicio	42
Tabla 11	Tasa de utilización de los servicios domiciliarios totales, por grupo etario	44
Tabla 12	Demanda total de servicios por día	54
Tabla 13	Servicios totales por horario de llamada	56
Tabla 14	Distribución de los motivos de llamados por orden de frecuencia	65
Tabla 15	Motivos de llamado en código rojo, todos los grupos	65
Tabla 16	Motivos de llamado en código amarillo, todos los grupos	66
Tabla 17	Motivos de llamado en código amarillo, todos los grupos	67
Tabla 18	Incidencia de traslado a centro médico, por código, por grupo etario	68
Tabla 19	Motivos de llamada en código rojo, en el grupo de 0 a 29 años.....	73
Tabla 20	Motivos de llamada en código amarillo, en el grupo de 0 a 29 años	73
Tabla 21	Motivos de llamada en código verde, en el grupo de 0 a 29 años	74
Tabla 22	Motivos de llamada en código rojo, en la población de 30 a 64 años	76

Tabla 23 Motivos de llamada en código amarillo, en la población de 30 a 64 años.....	77
Tabla 24 Motivos de llamada en código verde, en la población de 30 a 64 años.....	78
Tabla 25 Motivos de llamada por código rojo, en la población de 65 años o mayor	80
Tabla 26 Motivos de llamada por código amarillo, en la población de 65 años o mayor.....	80
Tabla 27 Motivos de llamada por código verde, en la población de 65 años o mayor.....	81
Tabla 28 Índice de Envejecimiento por Provincias en Argentina	96
Tabla 29 Población de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por tipo de cobertura de salud	97
Tabla 30 N° Servicios domiciliarios CABA, por códigos, por edad, año 2016.....	98
Tabla 31 Tasas de uso atención domiciliaria, por tipo, sexo y grupo etario, CABA, año 2016	99
Tabla 32 Tasas de uso mensual por tipo de servicios, en cada grupo etario.....	100
Tabla 33 Cantidad de servicios totales por día de semana, por mes.....	101
Tabla 34 Códigos rojos anuales, por hora en cada grupo etario	102
Tabla 35 Códigos amarillos anuales, por hora en cada grupo etario.....	103
Tabla 36 Códigos verdes anuales, por hora en cada grupo etario.....	104
Tabla 37 Los primeros 10 motivos de llamada más frecuentes por cada código.....	105
Tabla 38 Los primeros 10 motivos de llamada más frecuentes por código.....	106
Tabla 39 Los primeros 10 motivos de llamada más frecuentes por código.....	107
Tabla 40 Los primeros 10 motivos de llamada más frecuentes por código.....	108

Índice de Figuras

Figura 1 Composición de la población en estudio por grupos etarios.....	33
Figura 2 Población en estudio dividida en grupos de edades por quinquenios	34
Figura 3 Población estudio, porcentajes por grupos según sexo y edad	35
Figura 4 Cantidad total de servicios de atención domiciliaria anuales, en cada grupo etario.....	37
Figura 5 Porcentaje de cada tipo de servicio, en función de la composición de la población en estudio. ...	38
Figura 6 Tasa de uso de los distintos tipos de atención domiciliaria, año 2016	39
Figura 7 Porcentaje de utilización de servicios por género	40
Figura 8 Distribución por tipo de servicio, entre hombres y mujeres	41
Figura 9 Porcentaje relativo de servicios en cada grupos etario	43
Figura 10 Proporción relativa de utilización de servicios en los distintos grupos de edad.....	43
Figura 11 Tasa de uso en los distintos de los distintos tipos de servicio por rangos etarios	45
Figura 12 Tasas de uso de los distintos grupos etarios en código rojo.....	46
Figura 13 Tasas de uso de los distintos grupos etarios en código amarillo.	46
Figura 14 Tasas de uso de los distintos grupos etarios en código verde.	47
Figura 15 Atención domiciliaria mensual por tipo de servicio	48
Figura 16 Cantidad de servicios de emergencias mensuales por grupo etario.....	49
Figura 17 Cantidad de servicios de urgencias mensuales por grupo etario.....	50
Figura 18 Cantidad de servicios de visitas domiciliarias mensuales por grupo etario.....	51
Figura 19 Tasa de uso de emergencias médicas mensuales	52
Figura 20 Tasa de uso de emergencias médicas mensuales.....	52
Figura 21 Tasa de uso de visita médica domiciliaria por mes.....	53
Figura 22 Porcentaje de servicios totales, por día de la semana.....	55

Figura 23 Cantidad de servicios por código, por día de la semana.....	56
Figura 24 Curva de servicios por horario de llamada	57
Figura 25 Cantidad de servicios en código rojo por hora	58
Figura 26 Cantidad de servicios en código amarillo por hora.....	59
Figura 27 Cantidad de servicios anuales, en código verde, por hora	60
Figura 28 Tasas de uso anuales agrupadas por hora del servicios	60
Figura 29 Tasa de utilización horaria de códigos rojos por grupos etarios.....	62
Figura 30 Tasas de utilización horaria de códigos amarillos por grupos etarios	63
Figura 31 Tasa de uso horaria de código verde por edades	64
Figura 32 Traslado de pacientes asistidos en código rojo	69
Figura 33 Traslado de pacientes asistidos en código amarillo.....	70
Figura 34 Traslado de pacientes asistidos en código verde.....	71
Figura 35 Grupo etario de 0 a 29 años, con apertura por quinquenios.	72
Figura 36 Tasa de uso de los distintos tipos de servicio en la población de 0 a 29 años	72
Figura 37 Grupo etario de 30 a 65 años, con apertura por quinquenios.	75
Figura 38 Tasa de uso de los distintos tipos de servicio en la población de 30 a 65 años	76
Figura 39 Grupo etario de 65 o más años, con apertura por quinquenios.	79
Figura 40 Tasa de uso de los distintos tipos de servicio en la población de 30 a 65 años	79

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, con el propósito de analizar las características la demanda de atención médica domiciliaria según grupos etarios de una población en situación ambulatoria con acceso a los servicios de atención medica pre-hospitalaria, de la Ciudad de Buenos Aires, durante el año 2016. La población se agrupó por sexo y se clasificó en tres rangos etarios de 0 a 29, 30 a 64 y 65 o más años. Se evaluaron las tasas de uso de los servicios de atención domiciliaria, motivos del llamado y requerimiento de internación. El estudio mostró que existen algunos rasgos diferenciales en la demanda. Las mujeres requirieron más servicios domiciliarios que los hombres. Se observaron variaciones estacionales, con un máximo los días lunes y durante el invierno. Tal como era esperable, los más añosos requirieron más servicios de emergencias, a diferencia del grupo de menor edad, que presentó mayor demanda por visitas domiciliarias. Uno de cada tres pacientes asistidos en código rojo requirió traslado a un centro asistencial, en toda la población estudiada. Para evaluar el impacto del envejecimiento poblacional, se considera necesario profundizar el análisis de las necesidades particulares de la población mayor y conformar equipos de salud debidamente equipados y capacitados para satisfacer adecuadamente estas demandas.

Palabras clave: Servicios de Salud; Atención Médica; Atención Ambulatoria, Atención Primaria de Salud; Prestación de Atención de Salud; Anciano, Envejecimiento de la Población; Salud del anciano; Urgencias Médicas.

Fuente: DeCS

Abstract

A descriptive, retrospective study was conducted with the purpose of analyzing the characteristics of the demand for home health care according to age groups of an outpatient population with access to the pre-hospital medical care services of the City of Buenos Aires during The year 2016. The population was grouped by sex, and classified in three age ranges from 0 to 29, 30 to 64 and 65 or more years. The rates of use of the home care services, reasons for the call and the requirement of hospitalization were evaluated. The study showed that there are some differential features in demand. Women required more home services than men. Seasonal variations were observed, with a maximum on Mondays and during the winter. As expected, the more elderly required more emergency services, unlike the younger age group, which presented greater demand for home visits. One out of three patients assisted in red code required a transfer to a care center, in the entire study population. In order to assess the impact of population aging, it is considered necessary to deepen the analysis of the particular needs of the elderly population and to form properly equipped and trained health teams to adequately meet these demands.

Key words: Health Services; Medical Care; Ambulatory Care; Primary Health Care; Delivery of Health Care; Aged; Demographic Aging; Health of the Elderly; Emergencies.
Source: MeSH

1. Introducción

1.1 Presentación

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 médicos 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 las demandas 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.

1.2 Descripción del problema

El envejecimiento supone diversos determinantes y consecuencias a las que la sociedad debe responder. Las políticas deben construirse no sólo con una intencionada intervención pública, sino también incentivando acciones de toda la sociedad y rescatando la capacidad de operación de los diferentes agentes de la sociedad civil (Viveros Madariaga 2001).

El envejecimiento poblacional es el incremento del número de adultos mayores con respecto al conjunto de la población a que pertenecen. La ONU (Organización de Naciones Unidas) define a un país envejecido cuando el 7% o más de su población sean mayores de 65 años (Espinell-Bermúdez et al. 2011).

Los adultos mayores constituyen actualmente el 12,5% de la población mundial y para el año 2050 se calcula que llegarán al 22% (Crossette 2011).

En concordancia con la tendencia global, la población argentina se encuentra en proceso de envejecimiento. 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 #69).

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 conlleva el aumento de enfermedades crónicas y degenerativas y la discapacidad en esta población (Contel, Muntané and Camp 2012) (Lesende 2013).

Además, los mayores suelen padecer discriminaciones en materia sanitaria, sus afecciones no son debidamente valoradas, los servicios médicos son incapaces de adaptarse a las necesidades cambiantes de esta población. Existen limitaciones por edad en los protocolos de tratamiento y los mayores son también sistemáticamente excluidos de los ensayos clínicos (Rovira 2004).

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. Sin embargo, aunque algunos efectores provengan del sector privado no exime al Estado debe ejercer su rol regulador y exigir adecuados estándares de calidad de atención (Golbert and Roca 2016).

La prolongación del ciclo de vida entraña un reto en términos de incremento de las enfermedades no transmisibles y la discapacidad. La creciente prevalencia de las enfermedades crónicas compromete la funcionalidad y conduce eventualmente a diversos grados de dependencia, con la consecuente sobrecarga en los costos en salud (Manrique-Espinoza et al. 2013).

El envejecimiento poblacional global promueve, además, cambios culturales y sociales que modifican todos los ámbitos del desarrollo humano y tiene un impacto directo en el presupuesto de salud de los países (Ramírez 2016). La creciente proporción de personas mayores en la composición de la pirámide poblacional se correlaciona con la aparición de

nuevos contextos familiares, cambios en los roles sociales y en las relaciones intergeneracionales que podrían presionar sobre los sistemas de salud y la seguridad social. Los problemas que surgen con el envejecimiento obligan a repensar los programas de prevención de la salud y las políticas públicas para el adulto mayor (Cardona Arango and Peláez 2012).

El envejecimiento determina un progresivo deterioro de las funciones y la autonomía del individuo y un aumento de la dependencia que desafía aun a las economías más evolucionadas. Sin embargo, solo una treintena de países cuentan con sistemas formales de cuidados de la salud del adulto mayor.(Matus-López 2015)

En Argentina los mayores de 65 años constituyen poco más del 10% de la población y a medida que se avanza en edad se nota un predominio de la feminidad (Censos 2012). El 21% de las personas mayores viven solas y un 39% están acompañadas por otra persona mayor de 65 años, es decir que el 60% de los adultos mayores vive solo o con otro adulto mayor, y el 40% restante convive con otros grupos familiares y sociales (Censos 2012).

Dado que la probabilidad de presentar algún grado de deficiencia cognitiva o impedimentos para realizar las actividades de la vida diaria por sí mismos se incrementa con la edad, cabría preguntarse si los convivientes están en condiciones de brindar cuidados adecuados a los adultos mayores. Se debe tomar conciencia de la carga de trabajo que demanda la atención de los convivientes dependientes (Golbert and Roca 2016).

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

El estudio de las barreras a estos servicios es particularmente relevante en nuestro país, donde el sistema de salud esta segmentado, en el que conviven distintos sistemas de aseguramiento, fragmentado, sin articulación entre los distintos subsistemas, heterogéneo y con desigualdades en la calidad en la atención. 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. A los problemas de disponibilidad de médicos se suman los problemas de formación y actualización profesional. 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).

En nuestro país existe una canasta prestacional mínima de cobertura establecida por Decreto 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social y modificativos, que obliga a los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el art. 1º de la ley N° 23.660 a dispensar prestaciones esenciales de salud. Sin embargo, más allá de la obligación impuesta, los recursos públicos y privados son generalmente insuficientes. Además, la población de menores recursos enfrenta serias dificultades de acceso a las prestaciones básicas. La falta de acceso de una importante cantidad de población a los servicios de atención domiciliaria dificulta la cuantificación las necesidades la población que no tiene cobertura médica (Arce 2012).

El panorama de salud se torna más complejo aún para los grupos más vulnerables, entre los que se encuentran los niños y los ancianos, las mujeres embarazadas, los individuos que padecen de discapacidad y otras condiciones especiales. Dada la gravedad de esta situación, urge conocer las necesidades de la población y establecer prioridades(Tobar 2002)

El proceso de envejecimiento se caracteriza no solo por una velocidad sin precedentes, sino también por un crecimiento acelerado de la demanda de servicios de salud, es posible que, en países subdesarrollados, las cohortes que alcancen la edad mayor a partir de este siglo presenten peores niveles de salud que los observados entre las personas mayores de países más desarrollados (Huenchuan 2013).

En un contexto de envejecimiento poblacional es imprescindible disponer de información pertinente para la generación del conocimiento y el análisis de las condiciones de salud y la disponibilidad de servicios de atención primaria, de modo que se puedan formular políticas y programas específicos para el cuidado de la salud de la población y la promoción de un envejecimiento activo y saludable (Lillo-Crespo 2016).

El requerimiento asistencial de una sociedad que envejece demanda conocer información integrada de salud, trabajo, ingresos y relaciones sociales que permitan orientar las funciones y servicios del ámbito sanitario hacia las necesidades de una población añosa, los padecimientos de esta, presentan mayores repercusiones funcionales, psíquicas y sociales en el individuo y su entorno (Rodríguez et al. 2014).

1.3 Contexto

Se analizará en particular la demanda espontanea de una extensa población de residentes de CABA, con cobertura médica integral del sistema privado, con pleno acceso a los servicios de atención medica pre hospitalaria.

1.3.1 Demografía

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, además de concentrar la mayor densidad de población del país, donde el 16,4% de sus residentes son adultos mayores de 65 años (Censos 2012).

De acuerdo al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010, el índice de envejecimiento de CABA, es de 100,3. En la apertura por géneros, este indicador, que considera la población de 65 años y más sobre la población de 0 a 14 años por cien, es de 129,9 para las mujeres y 71,9 para los hombres. Ver Anexo [10.1](#).

Tabla 1 Estructura poblacional de la Ciudad de Buenos Aires

Año	Edades			Población	Índice de Masc.
	% 0 a 14 años	%15 a 64 años	% 65 años o más		
2001	17,5	65,2	17,3	2.995.397	82,9
2010	19,0	64,5	16,4	3.058.309	84,4

Fuente: cuadro de elaboración propia, en base a datos publicados por INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010(Censos 2012)

La concentración de la población en el área Metropolitana se explica por los mayores niveles de actividad y ofertas de empleo, y esboza serios problemas en la capacidad de sustentar servicios de salud suficientes (Abba et al. "Revelaciones De Los Datos Provisionales Del Censo 2010 ¿Una Nueva Realidad De Buenos Aires Metropolitana?" 2011).

Tabla 2 Porcentaje de población de adultos mayores en Argentina

Población con 65 años y más	%
Total país	10,20
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	16,40

Fuente: cuadro de elaboración propia, en base a datos publicados por INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010(Censos 2012)

En CABA, similar al total del país, la población adulta mayor presenta predominio de mujeres por sobre los varones, diferencia que se acentúa en los tramos de edades más avanzadas.

La población en la que se realizó el estudio representa alrededor del 9% de los habitantes de CABA estimados por censo 2010.

1.3.2 Oferta y cobertura de servicios de salud

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 el caso de la atención de los adultos mayores que requieren atención y cuidado especiales (Hoskins, Kalache and Mende 2005).

Las modalidades de atención de la salud de los adultos mayores, tanto primaria, institucional, extra hospitalaria y domiciliaria, están a cargo del sector público, las obras sociales, los sistemas privados y el PAMI (Maceira 2010).

En Argentina, las prestaciones médicas obligatorias garantizan el acceso a los servicios esenciales de salud. Sin embargo, las familias se ven frecuentemente obligadas a recurrir al sector privado, para obtener los diversos y complejos cuidados especiales que requiere el adulto mayor.

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.

Los residentes de la Ciudad de Buenos Aires gozan de mayor porcentaje de cobertura médica que el resto del país, ya que la población cubierta alcanza al 82%. El 91 % de los adultos mayores de CABA tienen cobertura de salud, alcanzando al 98 % de los mayores de 80 años. Ver Anexo [10.2](#)

1.3.3 Atención pre hospitalaria domiciliaria

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 la pronta respuesta.

Los proveedores de servicios de atención médica pre hospitalaria de nuestro país, organizaciones estatales, provinciales y privadas, 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 and Cohen 2001).

La variedad de servicios de atención domiciliaria que se prestan actualmente exceden 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 and Reinoso Martínez 2014).

Además de la resolución de consultas médicas por distintas afecciones que dificultan la concurrencia del paciente a los centros de salud, 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 afiliados a los sistemas de atención médica pre hospitalaria también efectúan los pedidos de atención médica domiciliaria en forma directa, mediante llamados por vía telefónica.

1.4 Relevancia y Justificación.

La prolongación de la vida de las personas representa un reto para la atención primaria de salud que implica nuevas modalidades diagnósticas y terapéuticas orientadas a facilitar el acceso a la medicina preventiva, brindar servicios eficientes y establecer servicios de cuidados domiciliarios que prioricen la calidad de vida y la autonomía de las personas. El enfoque puramente clínico es importante pero limitado; se requiere de un abordaje multidimensional donde se incorporen elementos como los posibles aportes informáticos, las nuevas competencias profesionales, y planes de financiamiento de los pacientes crónicos, y en particular los de mayor complejidad y vulnerabilidad (Contel, Muntané and Camp 2012), y las enfermedades terminales (Corrales-Nevado, Alonso-Babarro and Rodríguez-Lozano 2012).

Se estima que existe una relación directa entre la salud de los ancianos, sus condiciones de vida y el uso de los servicios de salud. La escasez de recursos humanos capacitados para la asistencia médica del adulto mayor, la falta de promoción del auto cuidado y la ausencia de programas específicos de educación para la prevención, indican que este grupo aun no es considerado en forma prioritaria (Valdez, Pérez and Rodríguez 2014).

Las necesidades reales de servicios podrían ser subestimadas como consecuencia de las dificultades en el acceso, o por falta de cobertura de salud. La brecha que hay entre la demanda de servicios y las necesidades de la población requiere el conocimiento de la problemática epidemiológica. Adicionalmente, muchas personas no logran envejecer con una buena calidad de vida. Si se toma en cuenta la percepción de la salud de los mayores de 65 años, los servicios deberían enfatizar las acciones para lograr el bienestar del individuo, y que permitan acortar la distancia entre sus expectativas y sus logros (Azpiazu Garrido et al. 2002).

Existen propuestas de capacitación del personal sanitario que integran nuevas herramientas de aprendizaje como es la intervención educativa, mediante la utilización de escenarios reales que permitan al estudiante del área de la salud hacer análisis más objetivos, que promuevan el ejercicio de los servicios sanitaria en forma responsable (Arvea, Díaz and Ramos 2014).

Una investigación original acerca de las prioridades de investigación en políticas y sistemas de salud, publicada en 2013, plantea que para avanzar hacia la cobertura universal de salud se torna imprescindible contar con una adecuada dotación de profesionales, debidamente capacitados y motivados. Se menciona que este objetivo es aun inalcanzable para los países menos desarrollados, debido a la proliferación del empleo informal, que afecta a la oferta y demanda de recursos humanos calificados en salud (Reveiz et al. 2013).

El consenso de los investigadores acerca del apremio de profundizar conocimientos para la implementación de nuevas políticas de salud, dan pie al desarrollo de este trabajo, enfocado en el estudio de las demandas de la población en el ámbito de la atención domiciliaria. Aparece la preocupación por la medición de satisfacción con la atención que redunde en la fidelización del paciente con su tratamiento y es una herramienta útil para los efectores al momento de planificar (Asencio et al. 2007).

La profundización del conocimiento de las necesidades de atención médica de la población envejecida permitiría contribuir a la elaboración de planes y programas de salud, que resuelvan los requerimientos de la población en el ámbito asistencial, como para la optimización de recursos en salud. A pesar de ser reconocido como un problema global de alto impacto en los sistemas de salud, aun no hay suficientes programas especialmente

diseñados para incrementar el acceso y mitigar las inequidades de la población mayor (Giovannella et al. 2012).

La evaluación médica del paciente añoso presenta un mayor grado de dificultad y complejidad dada la mayor frecuencia de presentación atípica de enfermedades, la asociación de patologías y la poli medicación, entre otros factores. Tanto es así que problemas médicos habituales pueden ser difíciles de diagnosticar. Adicionalmente puede haber más de un diagnóstico. Esto obliga a efectuar de evaluaciones médicas más prolongadas, con un mayor número de exámenes complementarios e interconsultas con otras especialidades (Lesende 2013).

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 and 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 and 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 impacto que se pretende alcanzar con este trabajo se ubica en el marco una posible contribución al diseño de sistemas de atención primaria, más comprensivos, que benefician la atención de las necesidades reales de la población, que promuevan la prevención de complicaciones, y que permitan asignar el mínimo de recursos

profesionales, con el mayor beneficio posible, tanto para los usuarios, como para los proveedores de servicios.

1.5 Estructura de la tesis

La tesis abordará el estudio de las características de la demanda espontánea de atención médica domiciliaria, caracterizando servicios urgentes y no urgentes, en el ámbito pre-hospitalario. El trabajo se enfoca en los servicios medico asistenciales del ámbito privado que se prestan en el domicilio a aquellas personas que, debido a problemas de salud u otras limitaciones, no pueden desplazarse a un centro de salud y requieren de atención médica en su lugar de residencia. Se describirá en detalle la demanda de servicios de atención médica pre hospitalaria y se realizará un estudio comparativo por rangos etarios.

Se intentará adoptar un espíritu inquisidor, con la intención de lograr identificar factores que permitan aportar a la actualización de las estrategias de servicios de salud, buscando la potenciación del escenario tradicional de la atención domiciliaria, con la disponibilidad de recursos asistenciales, que puedan ser gestionados de forma más apropiada a las demandas de una población más envejecida.

A lo largo de este trabajo, al comprender y clasificar los pedidos de atención medica domiciliaria, se busca obtener recomendaciones para un servicio más eficiente que optimice la administración de los recursos en salud para afrontar las nuevas necesidades y demandas de la población añosa.

Se discutirán los hallazgos del presente trabajo y se confrontarán con los resultados de publicaciones locales e internacionales.

Finalmente se presentarán las conclusiones y las recomendaciones para futuros trabajos de investigación.

2. Planteamiento del Problema

2.1 Formulación del Problema de la Tesis

El aumento de la proporción de adultos mayores en la composición de la población comporta un incremento en los requerimientos de atención de padecimientos crónicos, circunstancia que determina un aumento de la carga de trabajo de los profesionales de atención domiciliaria.

La atención domiciliaria puede analizarse desde diversas perspectivas. Desde el punto de vista de los servicios de atención primaria de la salud tradicionales, muchas veces se subestima el valor de esta prestación y se considera una sobrecarga de trabajo al sistema, habida cuenta de la falta de educación de la población para la utilización adecuada de los recursos escasos que se disponen.

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.

2.2 Objetivos

2.3 Objetivo general

Analizar las características la demanda de atención médica domiciliaria según grupos etarios de una población en situación ambulatoria con acceso a los servicios de atención medica pre-hospitalaria, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante un año.

2.4 Objetivos específicos

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

3. Marco teórico

3.1 Aspectos sanitarios del envejecimiento

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.

El concepto del bienestar individual y calidad de vida ha ido evolucionando en las últimas décadas, particularmente en lo que respecta al adulto mayor. Diversos estudios prospectivos han encontrado una asociación entre la satisfacción con la vida y la salud percibida, los comportamientos de salud y el apoyo social. (Wong, Peláez and Palloni 2005).

Los padecimientos crónicos más frecuentes en los adultos mayores son las enfermedades osteo articulares, las deficiencias sensoriales, la incontinencia urinaria, y las afecciones más limitantes son la demencia y las enfermedades cerebrovasculares. En los países subdesarrollados, las enfermedades de los adultos mayores se presentan más temprano, y se agravan por la escasez de recursos y la falta de servicios apropiados (Durán et al. 2010).

El impacto de las enfermedades crónicas en el estado funcional aumenta en la medida que se avanza en edad. Aparecen déficits en los órganos, la estructura ósea y la masa muscular; y se reduce el funcionamiento de los órganos sensoriales. También son frecuentes los trastornos de la memoria, la actividad intelectual se vuelve más lenta, y disminuye la capacidad de atención, de razonamiento lógico y de cálculo. Estos factores afectan la autonomía de los mayores y los hacen más dependientes, frágiles y vulnerables (Rubiano et al. 2015).

Por estos motivos, es importante que los servicios de salud conozcan las necesidades y respeten las preferencias de sus pacientes, que proporcionen información y que establezcan una comunicación fluida con la familia y los cuidadores.

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.

La OMS ha reconocido el papel crítico de la atención primaria en la salud de los adultos mayores y la importancia de que los servicios se adapten a las necesidades de ese grupo de edad.

3.2 Accesibilidad y cobertura de salud

La Organización Mundial de la Salud define a la cobertura sanitaria universal en función de asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Para que los países puedan alcanzar la cobertura sanitaria universal deben cumplirse varios requisitos: un sistema de salud sólido; un sistema de financiación de los servicios de salud; acceso a medicamentos y tecnologías esenciales y personal sanitario capacitado (Ceci, Kristín and Purkis).

Si bien en nuestro país todos los habitantes tienen derecho a la salud, la cobertura solo alcanza el 63,9% de la población. El 36,1% de la población no tiene cobertura formal de salud. Los menores niveles de cobertura del país se encuentran las Provincias de Chaco; Formosa y Santiago del Estero. Por otro lado, la mayor cobertura se encuentra en los habitantes de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Santa Cruz (Censos 2012).

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 and Goldschmit 2012).

La población que goza de cobertura de salud dispone de los seguros de las obras sociales nacionales, provinciales y 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 (García and 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 and Becerril-Montekio 2011).

3.3 Oferta y demanda de servicios de salud

El objetivo de todo sistema de salud es preservar y mejorar la salud de la población, para lo cual debe considerar el presupuesto, la provisión de servicios y el desarrollo de recursos humanos y físicos. El conocimiento de la oferta y demanda tiene un papel fundamental tanto para la elaboración de políticas públicas, como para los administradores de salud.

La oferta en salud puede ser definida como el conjunto de bienes y servicios disponibles para ser utilizados por la población, ya sea en forma gratuita, o mediante el pago de una determinada cantidad de dinero.

Por su parte, la demanda, se define como el número de unidades de un determinado bien o servicio que los consumidores están dispuestos a adquirir durante un periodo determinado y según determinadas condiciones de precio, calidad, ingresos y gusto de los consumidores.

La falta de ajuste entre oferta y demanda es uno de los factores que más inciden en el detrimento de la calidad de atención médica.

La oferta se calcula en base a criterios de necesidad establecidos por los sanitarios que determinan la cantidad de médicos, de camas, de enfermeros y otros recursos disponibles por habitante. El gasto sanitario se expande progresivamente con el objeto de proveer la oferta adecuada para satisfacer las necesidades de salud de la población.

Entre los componentes subjetivos de la demanda se destaca la confianza del individuo en el sistema y los servicios de salud y los factores psicosociales y culturales. Por otro lado, entre los componentes objetivos se mencionan las características demográficas de la

población, la situación epidemiológica y la oferta de servicios de los sectores público, privado y de la seguridad social. Observaciones sobre la distribución de gastos en la atención médica resumen la demanda en salud como lo que el paciente quiere y está dispuesto a pagar, si es que hay un precio que pagar (Musgrove 2012).

Entre los factores demográficos cabe mencionar que el ensanchamiento de la base de la pirámide poblacional, determinado por el aumento del número de personas mayores que se deriva del fenómeno de envejecimiento, genera un aumento de la demanda de salud de la población. La demanda de servicios de salud crece paralelamente a la prolongación de la esperanza de vida al nacer.

Otro factor condicionante de la demanda es la tecnología asistencial. La tecnología es considerada un factor sociocultural, y no organizacional, que influencia la utilización de servicios. En algunos casos contribuye a disminuir la utilización, reduciendo los niveles de enfermedad, o la necesidad de cuidados médicos. Pero en otros casos la oferta induce su propia demanda, entonces lejos de haber una saturación del mercado a mayor oferta mayor demanda.

Muchas veces, las instituciones de salud se establecen en determinados puntos geográficos, e inician sus actividades, sin previo análisis de la demanda de la población y la oferta de servicios en su zona de influencia. Es común observar la puesta en marcha de centros asistenciales orientados inicialmente a atender a determinados grupos vulnerables, sin mediar un conocimiento acabado de sus necesidades especiales. Consecuentemente puede ocurrir que no se genere la demanda esperada, ya sea porque esta es innecesaria o bien porque se requieren otros niveles de complejidad distintos al que se ofrece (Gómez de Vargas and Ramírez Duarte 2012).

Este operatoria se torna ineficiente ya que desatiende las necesidades del individuo y su entorno, desconociendo por otra parte la importancia del contexto en el que se presta el servicio. Es fundamental que los proveedores del sistema orienten sus esfuerzos en satisfacer adecuadamente, las necesidades de la población a la que contienen.

3.4 Demanda de atención ambulatoria

En el año 2005 se llevó a cabo una encuesta de utilización y gastos en servicios de salud que permitió conocer las tasas de uso de la consulta médica ambulatoria en establecimientos públicos tales como centros de salud, unidades sanitarias o centros de atención primaria CAPS. Si bien la encuesta omitió evaluar la consulta médica domiciliaria,

arrojó algunos datos orientadores sobre el comportamiento de la demanda de atención médica.

El informe emitido por la Dirección de Estadística y Censos de nuestro país, basado en una muestra de 1.546 personas encuestadas, de todas las edades, permitió evidenciar una mayor presencia de mujeres en los distintos tipos de consultas médicas. Mientras los consultantes al médico predominan en los extremos de grupos de edad, los consultantes al dentista o por salud mental están más presentes en las edades activas, entre los 15 y los 64 años, y los consultantes al fonoaudiólogo, kinesiólogo, etc. disminuyen en el grupo de 65 y más años.

También el uso de medicamentos, los análisis de laboratorio, tratamientos e internaciones aumentan con la edad. A su vez los consultantes tienden a aumentar su presencia con la mayor educación. El promedio poblacional de consultas al médico resultó más elevado en las mujeres, los de mayor edad y en los niveles más altos de educación.

Las zonas metropolitanas son las que captan la mayor cantidad de adultos mayores. Estos fijan su residencia en las grandes urbes por la mayor oferta de servicios existente, por necesidades especiales derivadas de su estado de dependencia y muchas veces por falta de autonomía para las actividades de la vida diaria. Tal es el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

3.5 La atención médica domiciliaria

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 and 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. (Abba et al.

"Revelaciones De Los Datos Provisionales Del Censo 2010 ¿Una Nueva Realidad De La Buenos Aires Metropolitana?" 2011). 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.

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

3.6 Bioética de la atención domiciliaria

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 contrapone 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 atención hospitalaria garantiza una mayor disponibilidad de recursos técnicos, pero introduce la situación de ansiedad que se produce por el ingreso en un medio que le es totalmente ajeno.

Estas consideraciones llevan a buscar en la bioética como disciplina necesaria para regular las acciones de intervención que realizan los trabajadores de la salud, herramientas para asistir a las necesidades de la sociedad actual y de las generaciones futuras en las que la proporción de ancianos se irá incrementando progresivamente.

Los avances científicos determinan que muchos padecimientos que antes evolucionaban inexorablemente hacia la muerte, hoy en día deriven en la cronicidad, generando nuevas necesidades de atención. Estos progresos a su vez, condicionan la aparición de circunstancias que obligan al hombre a plantearse nuevas interrogantes en el orden ético y del derecho a la salud(Seoane et al. 1998).

Los trabajos científicos y las publicaciones sobre esta problemática son escasos y es necesario ahondar más en las particularidades, que en el terrero de la bioética debe enfrentar el profesional de la salud que se ocupa de la atención domiciliaria, frente a la creciente proporción de la población que sobrepasa la sexta década de la vida.

Es fundamental investigar acerca de los problemas que enfrentamos ante la nueva composición de la sociedad y cuáles son las necesidades y demandas de los nuevos

núcleos sociales de modo de poder configurar soluciones asistenciales acordes a la evolución del ser humano.

3.7 Caracterización de la atención pre hospitalaria

La atención inicial de las urgencias médicas, fuera del ámbito hospitalario, ha correspondido tradicionalmente al primer nivel asistencial de la atención primaria. Precisamente, una de las vías de acceso a la atención primaria está dada por los servicios de atención domiciliaria para pacientes que no pueden desplazarse al centro de salud.

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-Badia and 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.

3.8 Hipótesis

La hipótesis que se plantea es que la demanda de servicios de atención médica pre hospitalaria es diferente en las distintas etapas de la vida.

La población joven padece menor cantidad de patologías preexistentes y crónicas, y requiere primordialmente de servicios orientados a la resolución de los cuadros agudos. Esta modalidad es la que prima en los servicios de atención medica pre-hospitalaria en nuestro país.

En contraste, la población más añosa, convive por décadas con una o más enfermedades crónicas concomitantes, que requieren otro tipo de orientación en los servicios de salud, con foco en la comprensión y la contención, la promoción de la autonomía, la educación para el autocuidado y otras acciones para las que los servicios profesionales existentes no se encuentran aun debidamente formados y organizados.

Como la demanda de servicios también depende de las distintas expectativas de los ámbitos socios culturales y factores de accesibilidad, la población en estudio comparte un status socio económico 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 añosas.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio.

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 provista por la empresa está constituida por datos agregados. En ningún momento se accedió a datos individuales de los afiliados, con el objeto de preservar la confidencialidad de la información.

4.2 Dimensiones, variables, indicadores.

Se recabó información sobre los siguientes ítems:

- Número de beneficiarios del servicio, según grupos de edad y sexo
- Demanda espontánea de atención médica domiciliaria: llamados a la central telefónica del sistema, clasificados según grupos de sexo y edad para:
 - Tipo de consulta
 - Mes de consulta (estacionalidad)
 - Día de consulta (picos máximos de atención por día de la semana)
 - Horarios de llamadas (diurnos y nocturnos)
 - Clasificación de los motivos de consulta médica domiciliaria
 - Requerimientos traslado derivación a centro asistencial para evaluación o internación, que surgieron a punto de partida de los distintos tipos de servicios de atención domiciliaria.

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 3 Categorización de la atención medica domiciliaria

CODIGO	TIPO DE SERVICIO	DESCRIPCION
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.

4.3 Universo y características de la muestra

Se trata de un estudio con datos de toda la población asociada a una empresa de atención medica pre hospitalaria privada, constituida por personas residentes en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con cobertura médica integral, durante el 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 para el 2016 en 3.059.122 personas, de acuerdo al censo nacional de población y viviendas de 2010 (Censos 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 población ha sido subdividida, para su evaluación, en tres grandes grupos, determinados arbitrariamente a los fines de clasificación de los resultados.

Tabla 4 Clasificación por rango etario

Grupo Etario	Descripción
0 a 29 años	Población joven
30 a 64 años	Población intermedia
65 o más años	Población mayor

Fuente: elaboración propia.

Población en estudio

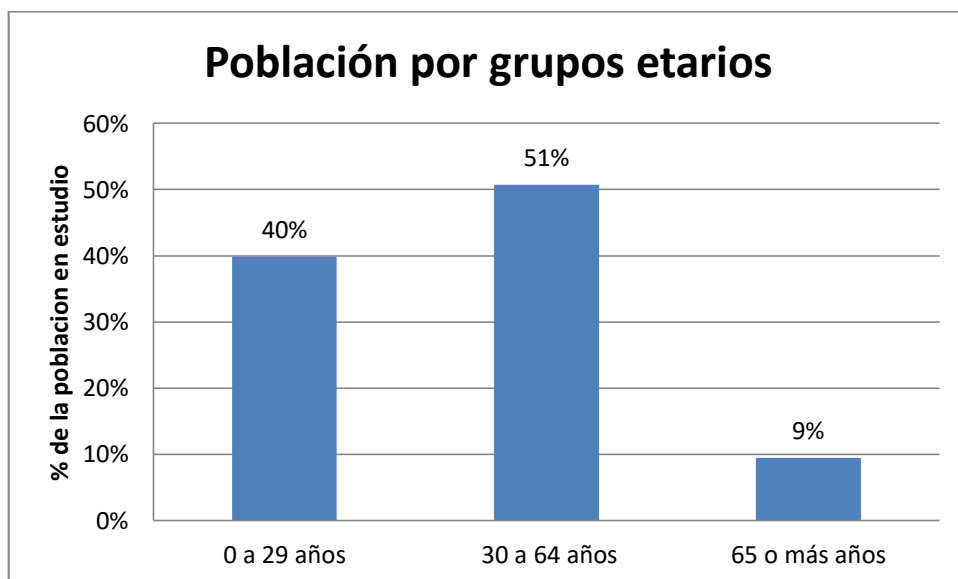


Figura 1 Composición de la población en estudio por grupos etarios

El siguiente grafico muestra la distribución de la población por quinquenios que pone en evidencia las edades de mayor prevalencia en la muestra.

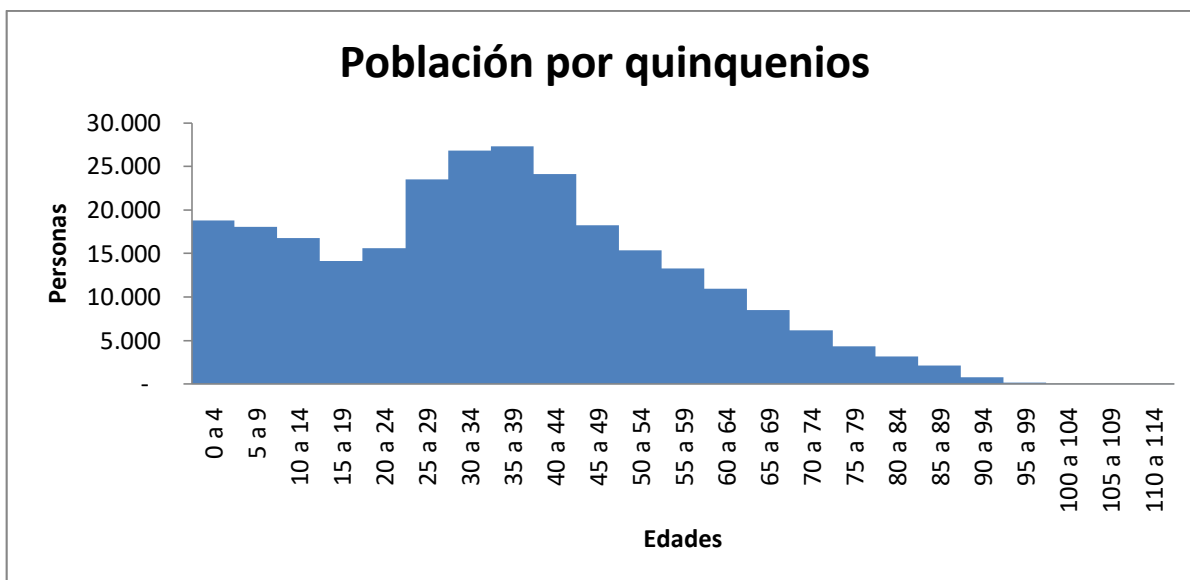


Figura 2 Población en estudio dividida en grupos de edades por quinquenios

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

Tabla 5 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.

En la próxima figura se grafican los porcentajes de participación de la población femenina y masculina, en los distintos grupos etarios de la población en estudio.

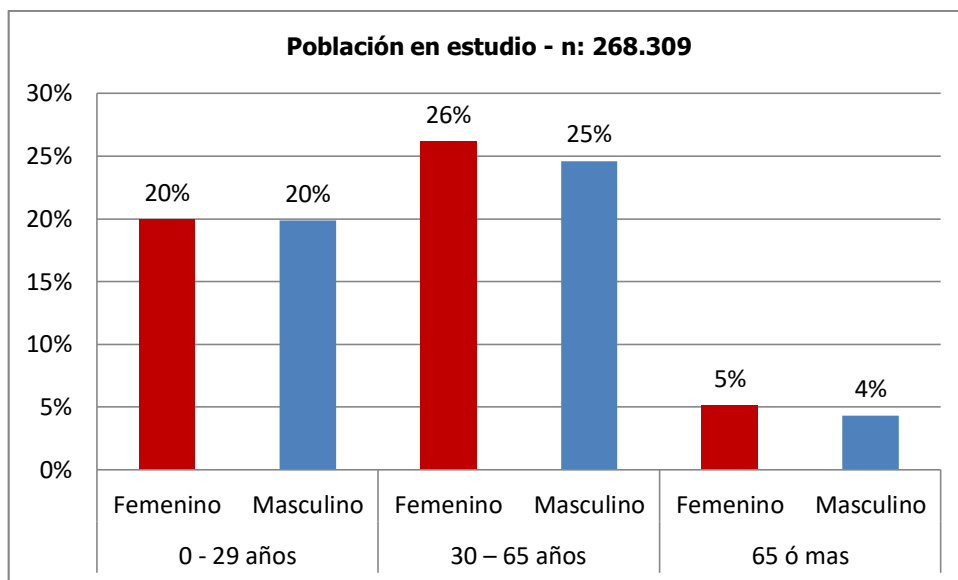


Figura 3 Población estudio, porcentajes por grupos según sexo y edad

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

4.4 Fuentes de información y técnicas de recolección de datos

Se recabó información del sistema de registro de operaciones de una empresa privada que integra un sistema de atención médica pre hospitalaria, con prestaciones a nivel nacional.

Se recolectaron los datos provenientes de servicios de atención domiciliaria brindados exclusivamente a las personas residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que se encuentran dentro de su ámbito de cobertura.

En esta población seleccionada se colectaron datos sobre la demanda espontánea de servicios de atención médica domiciliaria, que registraron durante el periodo de un año calendario, desde el 1 de enero, al 31 de diciembre de 2016.

La consulta al sistema fue realizada por personal responsable del soporte informático de los servicios de la empresa de privada antes mencionada, tomando todos los recaudos de manejo seguro de la información, con las autorizaciones correspondientes.

4.5 Análisis de datos

Se describen las tasas de utilización de los servicios, obtenidas por la cantidad de servicios de atención domiciliaria realizados y por el número total de afiliados al sistema, según grupos etarios y por sexo.

Para simplificar el análisis se ha tomado el N° promedio de la cápita anual de asociados al sistema, debido a las fluctuaciones originadas por las variaciones registradas por movimientos de altas y bajas.

5. Desarrollo

5.1 Caracterización de servicios domiciliarios

En el curso de 12 meses, desde el 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2016, sobre una población total de 286.309 personas, se registró una demanda espontánea de 184.576 servicios médicos de atención domiciliaria totales.

5.1.1 Servicios totales por grupo etario

Durante el año 2016 se realizó un total de 184.576 servicios de atención domiciliaria para la población sujeta a este estudio.

En la siguiente Figura se muestra la cantidad de servicios de atención domiciliaria que demandó cada grupo de edad.

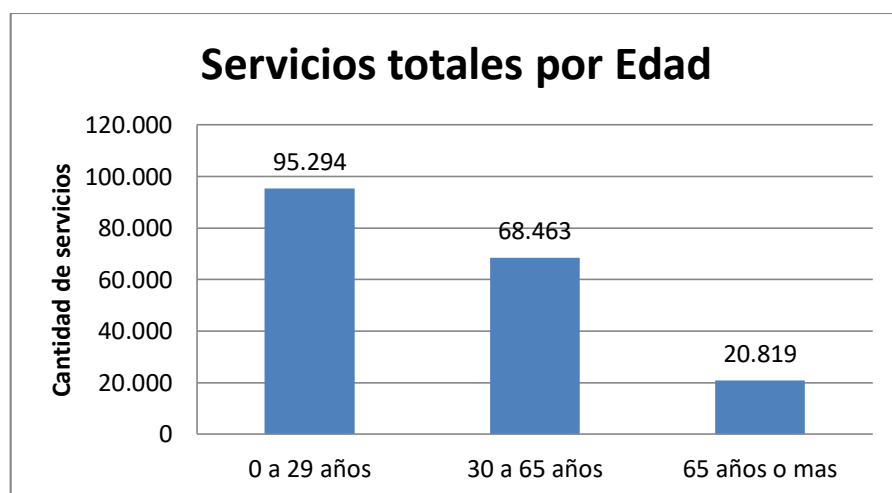


Figura 4 Cantidad total de servicios de atención domiciliaria anuales, en cada grupo etario

Se observa que la población joven es la que más servicios de atención domiciliaria demandó, en términos absolutos.

A continuación se enunciarán los diferentes tipos de servicio brindados a lo largo del año 2016, categorizada según el riesgo de la atención médica implicada.

Tabla 6 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.

En la Figura 5 se muestra la comparación entre los porcentajes de cada grupo etario en la población en estudio, con el % de cada uno de los tipos de servicios de atención domiciliaria brindados.

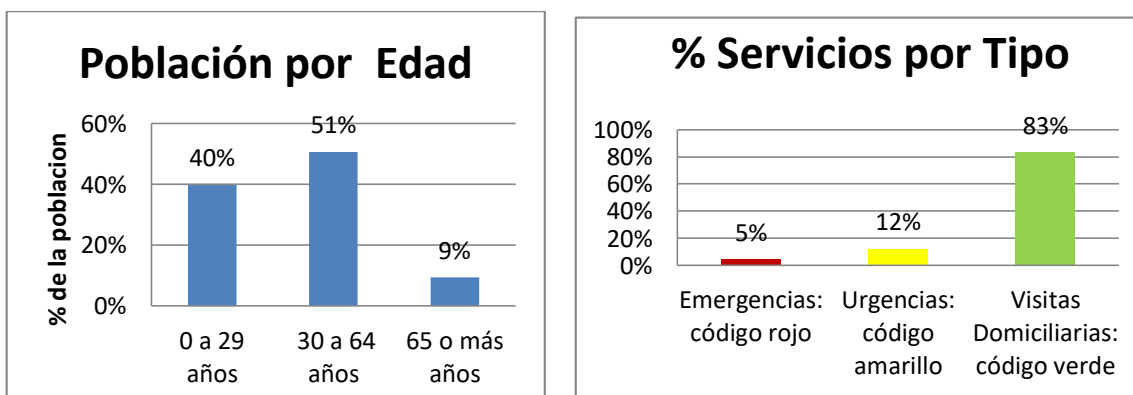


Figura 5 Porcentaje de cada tipo de servicio, en función de la composición de la población en estudio.

A continuación, se presentan los resultados de las tasas de uso generales de los servicios de atención médica domiciliaria, correspondientes a los servicios del año 2016:

5.1.2 Tasa de uso anual de atención domiciliaria

En la tabla se representa la tasa de uso de los distintos tipos de servicio. Este indicador ha sido calculado en base a la cantidad de servicios en relación a la población de usuarios del servicio.

Tabla 7 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.

En la Figura 6 grafica las tasas de uso de los diferentes tipos de servicio.

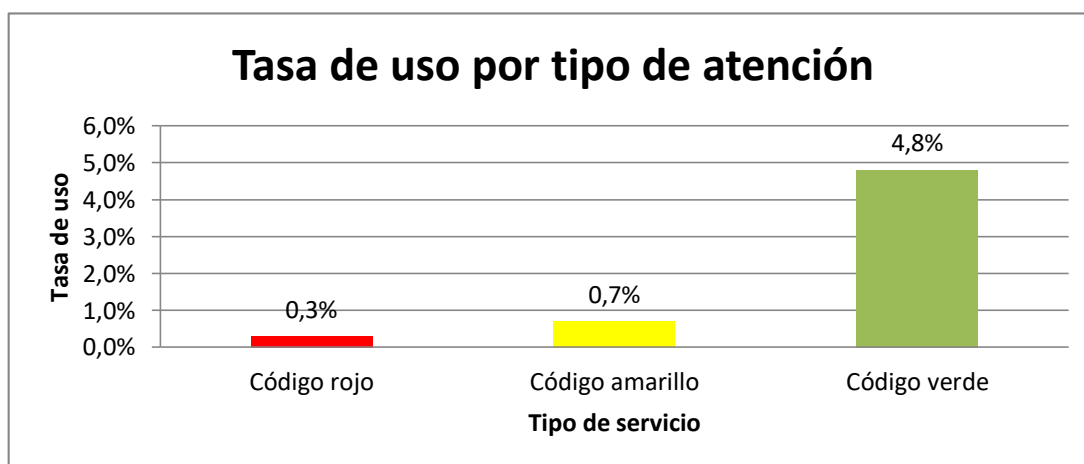


Figura 6 Tasa de uso de los distintos tipos de atención domiciliaria, año 2016

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.

5.1.3 Atención domiciliaria, según sexo

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

Tabla 8 Cantidad de servicios de atención domiciliaria

Sexo	Cantidad de Servicios
Hombres	78.729
Mujeres	105.847
Total	184.576

Fuente: elaboración propia.

La próxima figura grafica la participación de hombres y mujeres en el uso del servicio de atención domiciliaria anual.

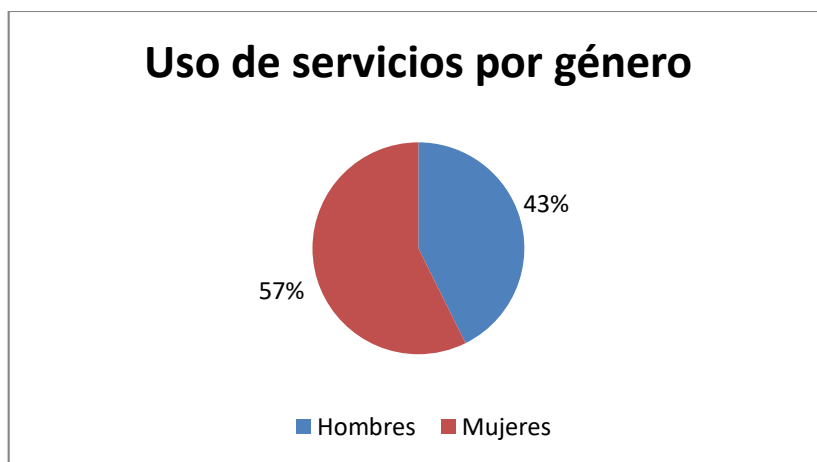


Figura 7 Porcentaje de utilización de servicios por género

5.1.4 Tipos de atención domiciliaria, por género

A continuación se esquematiza la distribución de los distintos tipos de servicio en relación al género de los usuarios.

Tabla 9 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.

En la siguiente Figura se reflejan los porcentajes de utilización de servicios de emergencias, urgencias y visitas domiciliarias entre hombres y mujeres.

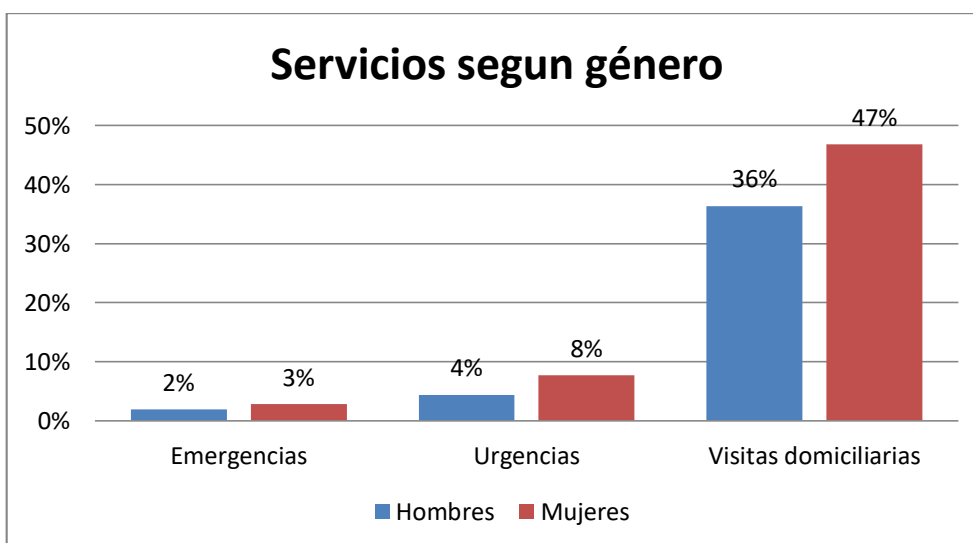


Figura 8 Distribución por tipo de servicio, entre hombres y mujeres

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

5.1.5 Tipo de atención domiciliaria por grupo etario

La siguiente tabla muestra la cantidad de servicios anuales que se brindaron en cada rango etario, discriminados por tipo de servicio. Ver Anexo [10.3](#).

Tabla 10 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.

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.

A continuación se grafican los porcentajes de cada código por grupo etario.

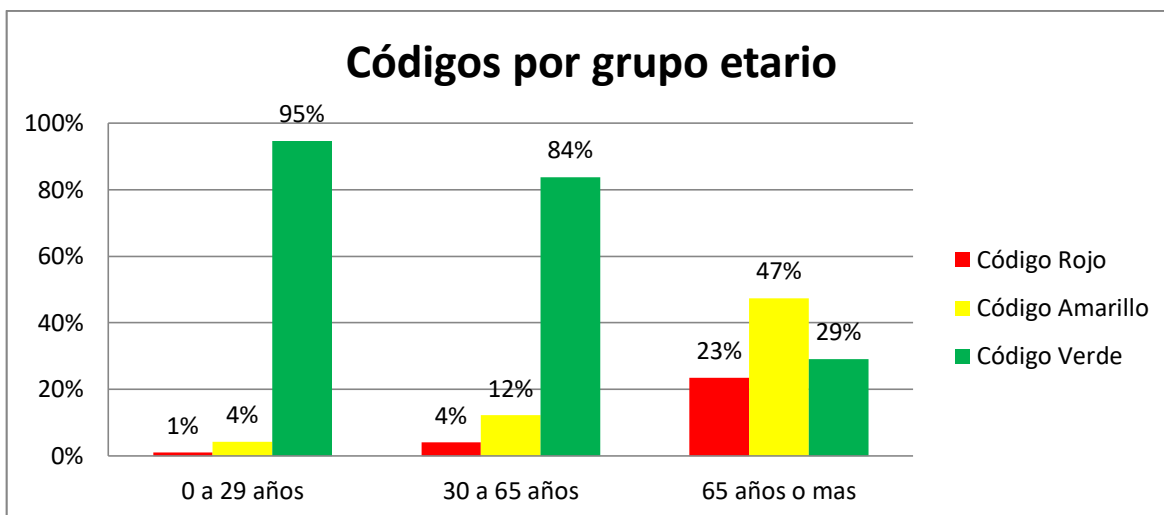


Figura 9 Porcentaje relativo de servicios en cada grupos etario

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.

5.1.6 Grupos etarios por cada tipo de servicio

La siguiente figura muestra la distribución de servicios, según los grupos de edades.

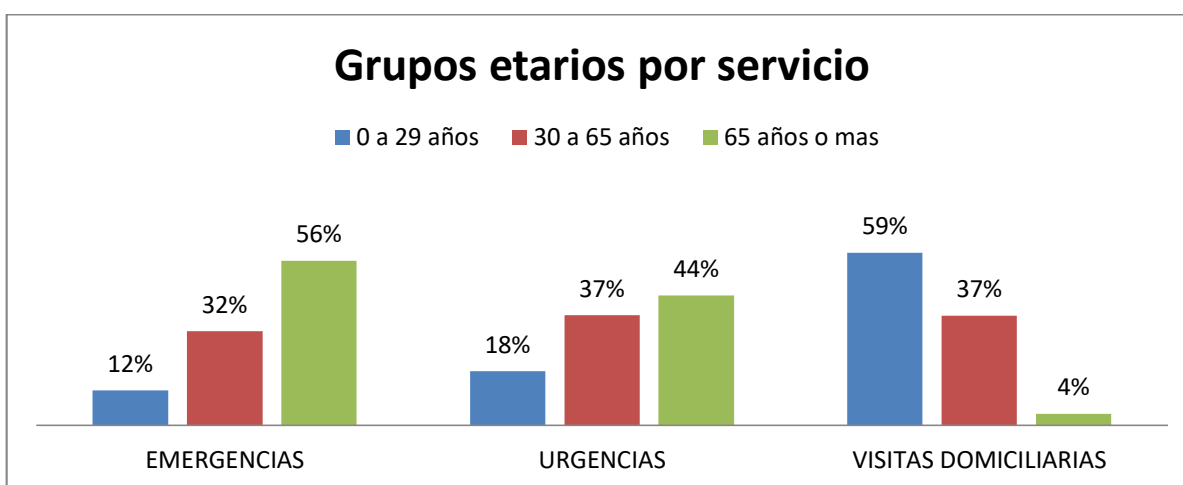


Figura 10 Proporción relativa de utilización de servicios en los distintos grupos de edad

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.

5.1.7 Tasas de uso de atención domiciliaria por edad

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

Tabla 11 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.

La siguiente figura permite observar gráficamente la distribución de las tasas de uso de código rojo, amarillo y verde en los distintos grupos de edades.

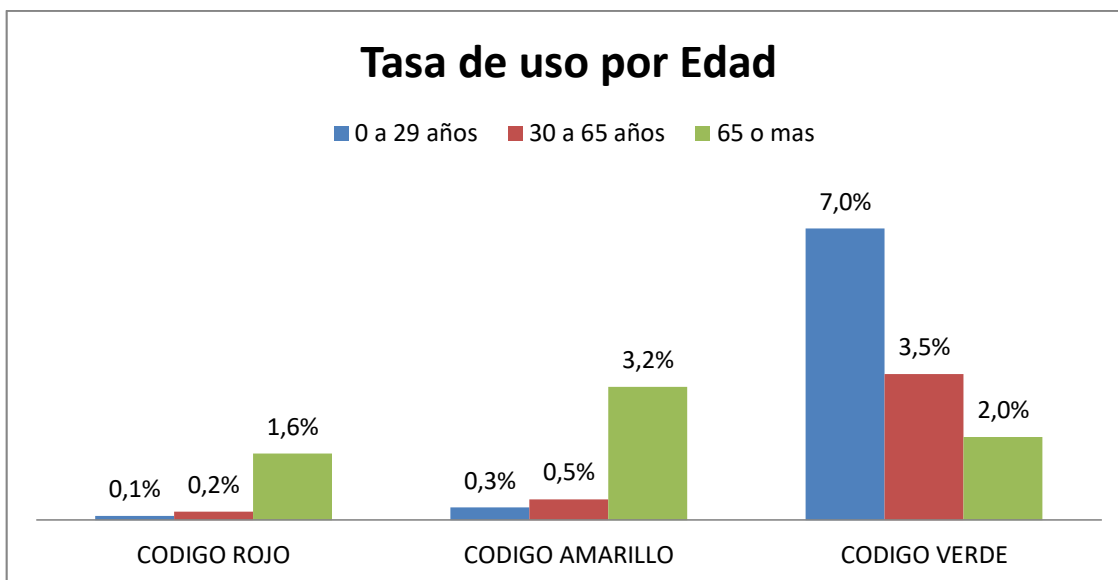


Figura 11 Tasa de uso en los distintos de los distintos tipos de servicio por rangos etarios

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.

5.1.8 Tasas de uso atención domiciliaria, por tipo de servicio

A continuación, se grafican las tasas de uso de los distintos grupos etarios en cada código. Ver Anexo [10.4](#).

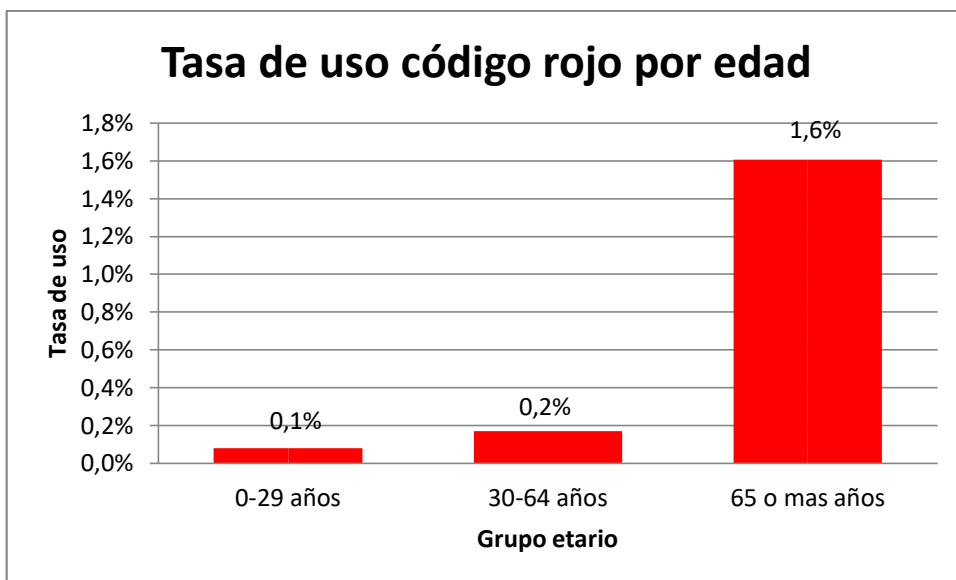


Figura 12 Tasas de uso de los distintos grupos etarios en código rojo

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

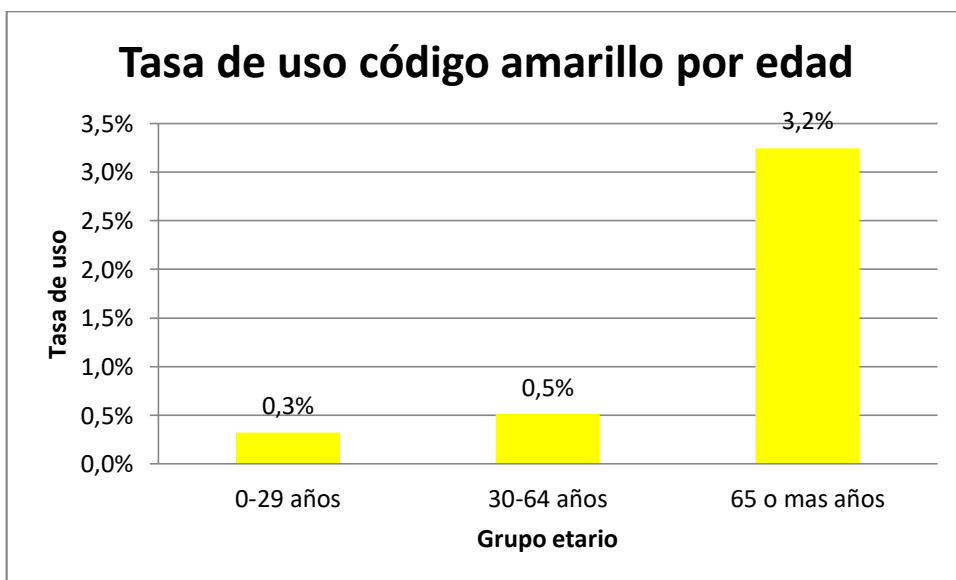


Figura 13 Tasas de uso de los distintos grupos etarios en código amarillo.

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

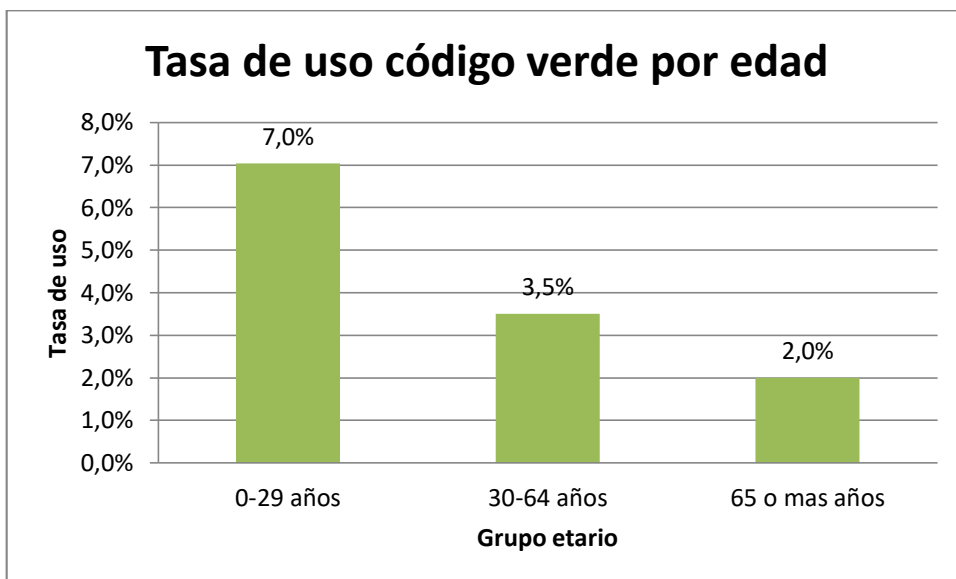


Figura 14 Tasas de uso de los distintos grupos etarios en código verde.

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

5.2 Estacionalidad de la demanda

Durante el año 2016 se demandaron 153.538 servicios médicos de atención domiciliaria. Ver Anexo [10.3](#)

En la siguiente figura se puede observar la curva de distribución de las cantidades totales de servicios mensuales en cada tipo de atención domiciliaria.

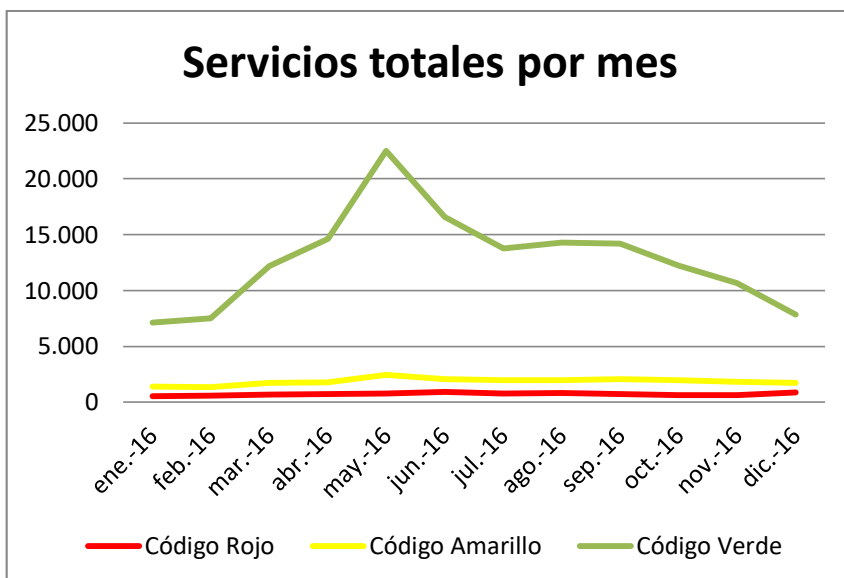


Figura 15 Atención domiciliaria mensual por tipo de servicio

El universo de servicios de visita domiciliaria en código verde evidencia un incremento de la demanda en los meses de abril, mayo y junio. El pico máximo se observa en el mes de mayo.

5.2.1 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 se muestran las curvas de servicios mensuales de emergencias, es decir el número de servicios en código rojo que utilizaron los tres grupos etarios.

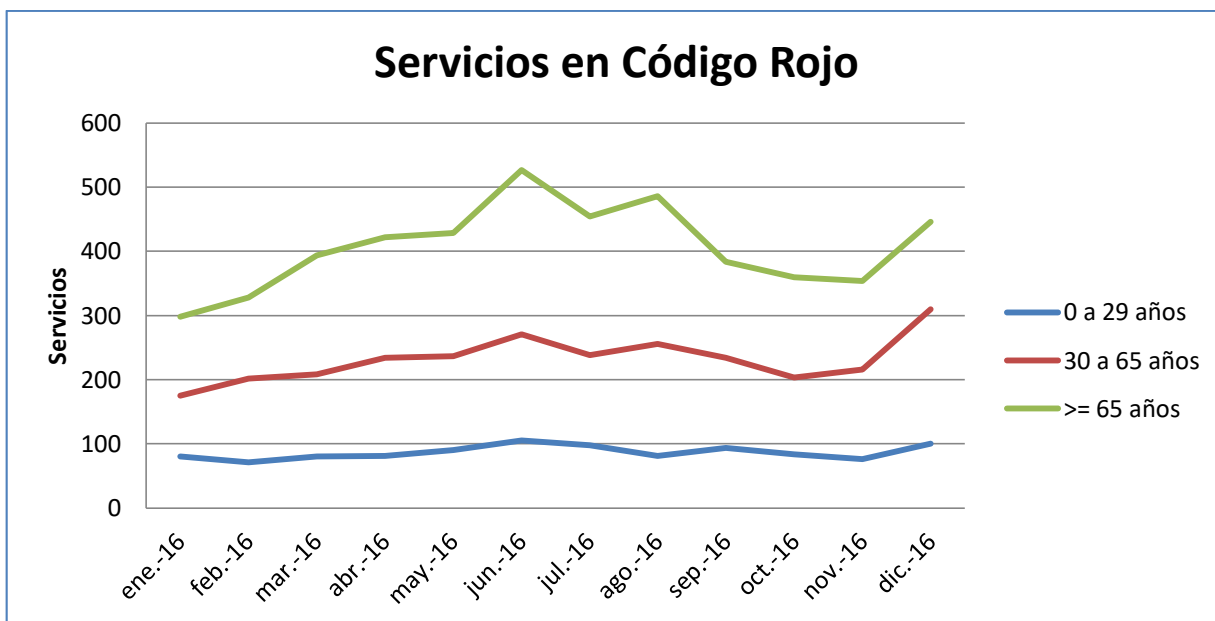


Figura 16 Cantidad de servicios de emergencias mensuales por grupo etario

La curva de servicios mensuales en código rojo muestra una demanda estable en cada grupo etario, con un incremento de la participación de la población mayor en los meses de invierno.

5.2.2 Urgencias domiciliarias

A continuación se grafican las curvas de demanda de servicios mensuales en código amarillo por grupo etario.

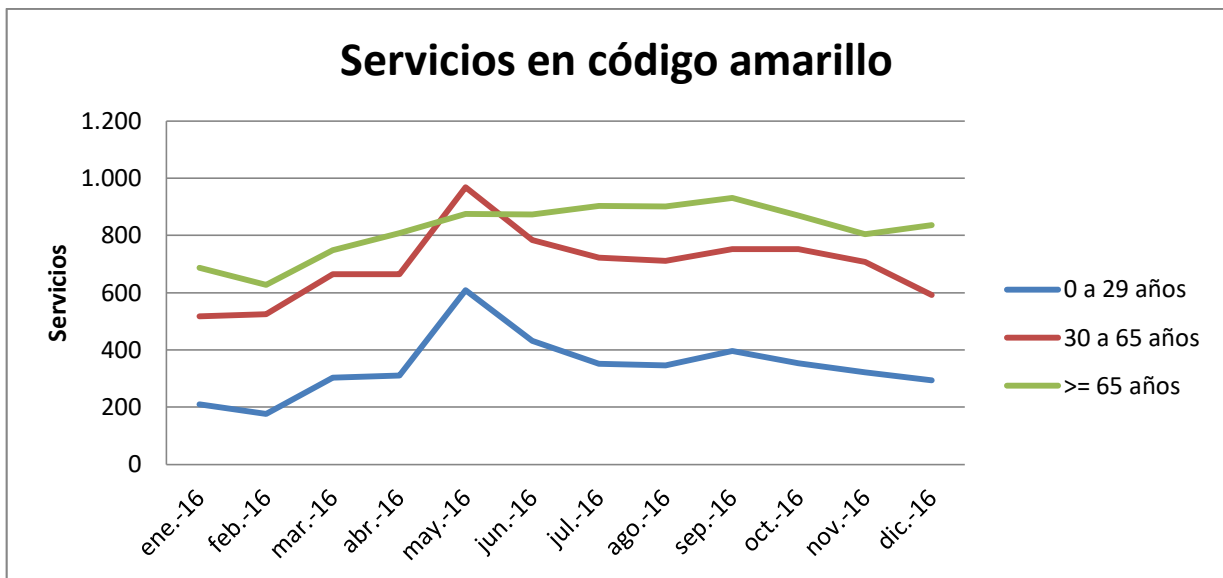


Figura 17 Cantidad de servicios de urgencias mensuales por grupo etario

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.

5.2.3 Visita médica domiciliaria

En la siguiente figura se grafica la cantidad total de servicios mensuales de visita médica domiciliaria en los distintos grupos etarios.

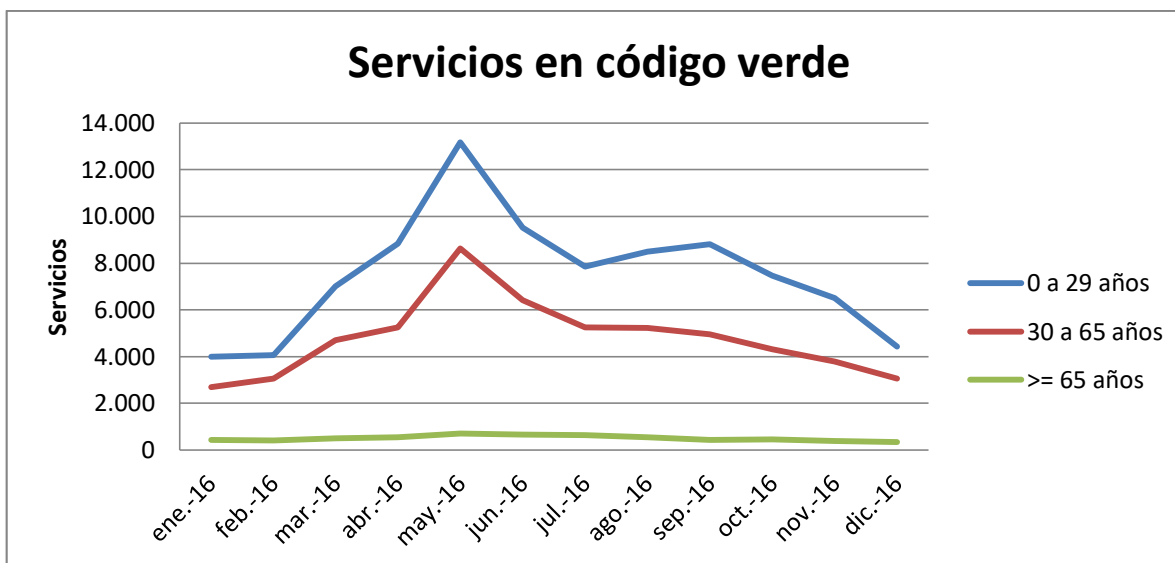


Figura 18 Cantidad de servicios de visitas domiciliarias mensuales por grupo etario

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 de se registró en los meses de diciembre, enero y febrero.

5.2.4 Tasas de uso de atención domiciliaria mensual

Ver Anexo [10.5](#)

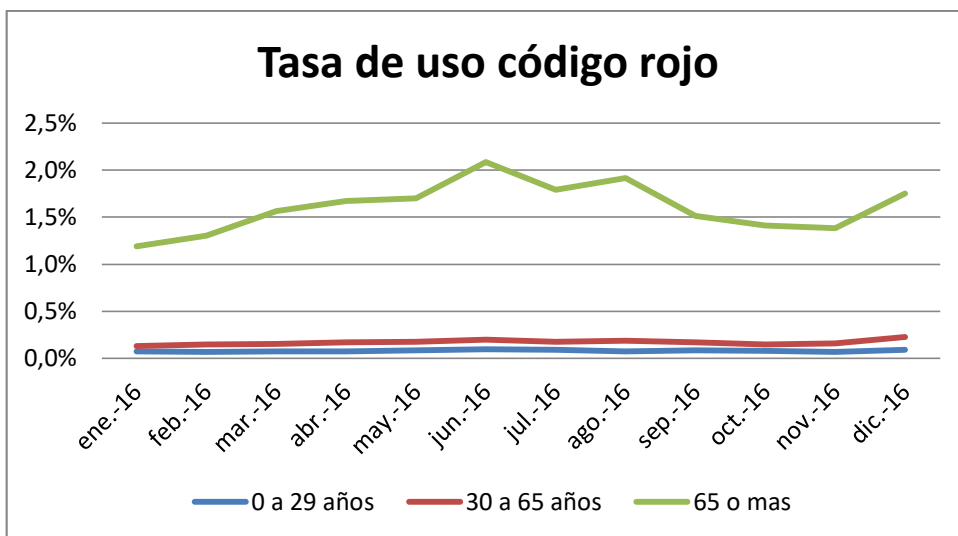


Figura 19 Tasa de uso de emergencias médicas mensuales

La tasa de utilización del código rojo no mostró estacionalidad en 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.

En la figura que se muestra a continuación se nota se puede observar la curva mensual de utilización de los códigos amarillos en los distintos grupos etarios.

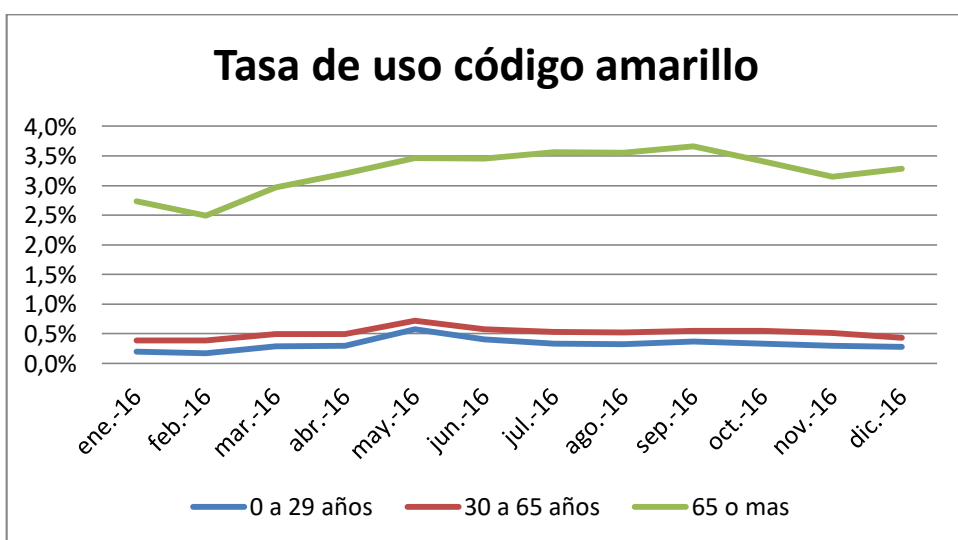


Figura 20 Tasa de uso de emergencias médicas mensuales

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.

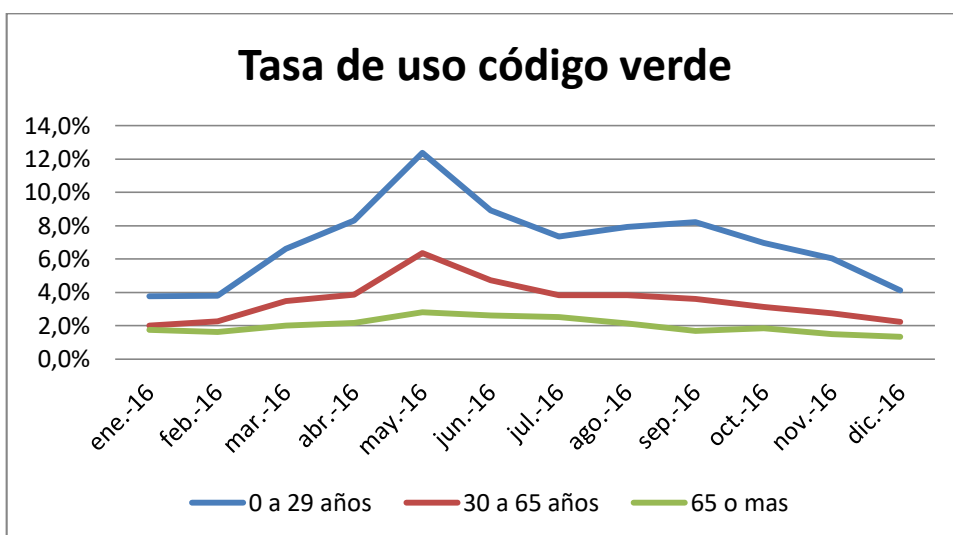


Figura 21 Tasa de uso de visita médica domiciliaria por mes

Este gráfico demostró 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

A continuación 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. Ver Anexo [10.6](#)

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.

Tabla 12 Demanda total de servicios por día

DIA	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.

En la siguiente figura se grafican los porcentajes de servicios anuales por cada día de la semana.

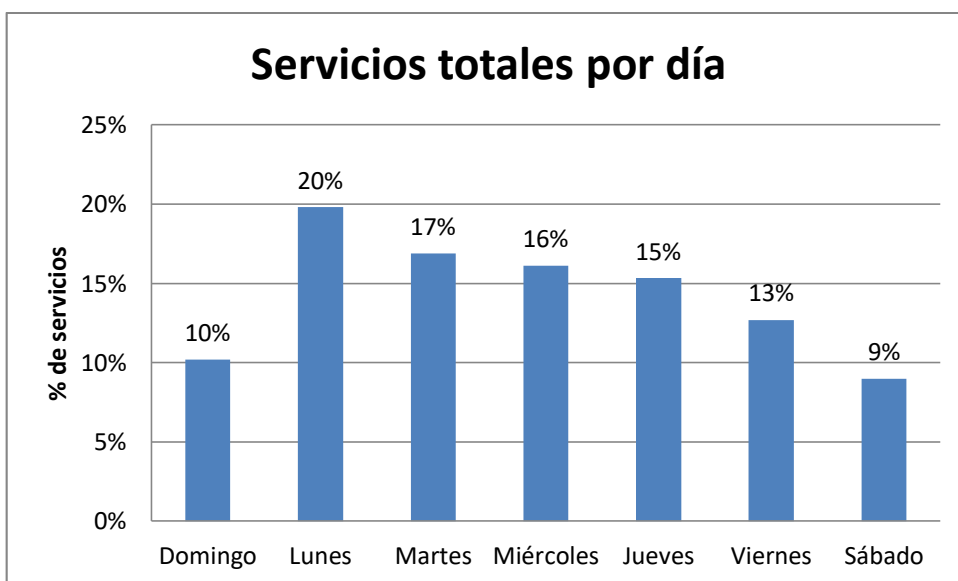
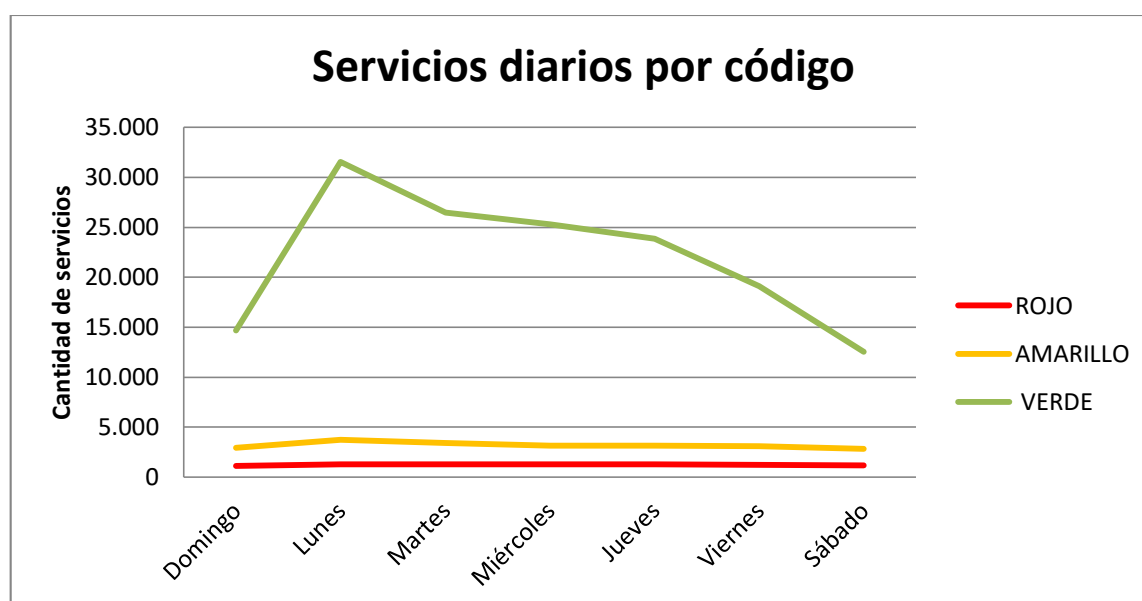


Figura 22 Porcentaje de servicios totales, por día de la semana

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

5.3.1 Atención domiciliaria diaria por tipo de servicio

La siguiente figura grafica la cantidad de códigos por cada día de la semana.

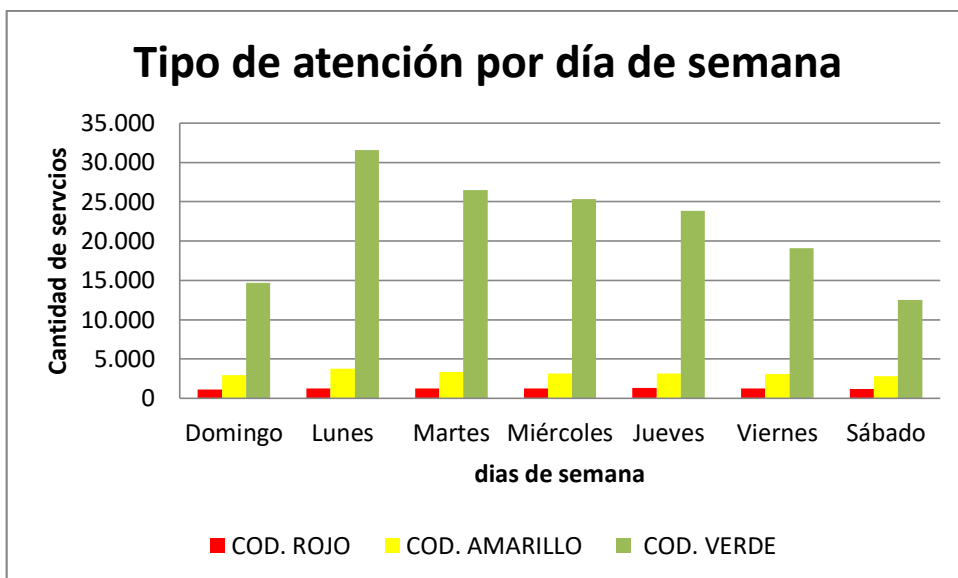


Figura 23 Cantidad de servicios por código, por día de la semana

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 seguidamente la distribución de los servicios totales anuales, durante las 24 hs del día.

Tabla 13 Servicios totales por horario de llamada

Horario	ROJO	AMARILLO	VERDE
0 hs	237	588	641
1 hs	165	443	457
2 hs	123	343	362
3 hs	120	343	389
4 hs	124	284	470
5 hs	140	338	825
6 hs	158	448	2.864

7 hs	236	662	9.141
8 hs	313	1.054	15.401
9 hs	483	1.424	16.238
10 hs	533	1.481	15.107
11 hs	611	1.423	13.278
12 hs	580	1.287	11.778
13 hs	576	1.181	9.818
14 hs	456	1.018	8.130
15 hs	420	1.074	7.405
16 hs	440	1.093	7.591
17 hs	506	1.168	8.393
18 hs	548	1.231	7.722
19 hs	478	1.377	6.571
20 hs	460	1.298	4.969
21 hs	398	1.152	3.141
22 hs	308	924	1.780
23 hs	293	698	1.067
	8.706	22.332	153.538

Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente figura se muestran los servicios totales anuales, por distribución horaria.

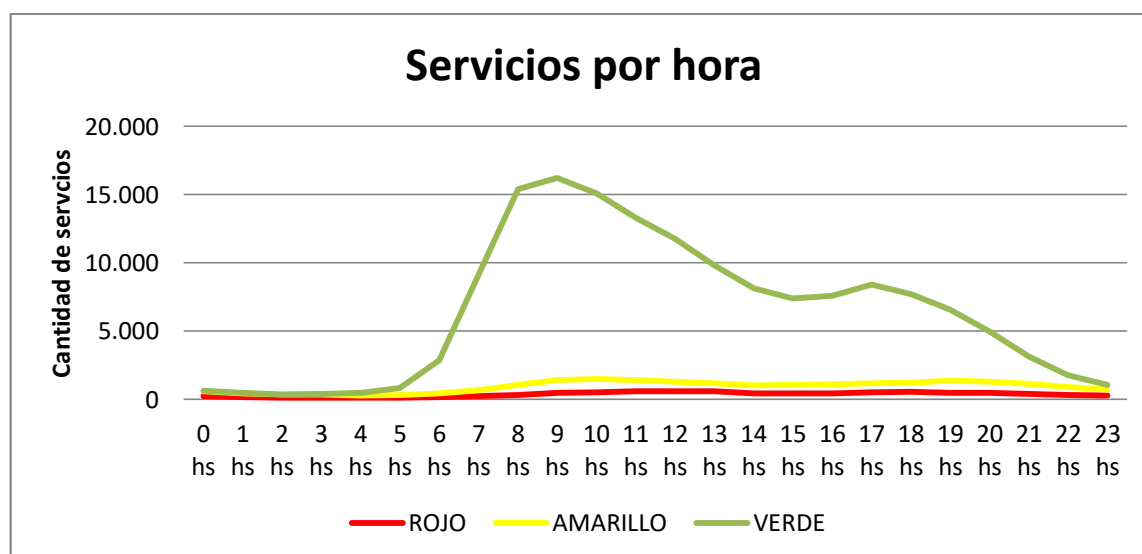


Figura 24 Curva de servicios por horario de llamada

El uso de servicios de visita domiciliaria muestra una demanda diurna superior a la nocturna, con un pico máximo de demanda entre las 8hs y las 9hs de la mañana y un segundo pico entre las 17hs y las 18 hs por la tarde.

5.4.1 Código rojo por hora

A continuación se grafica la curva horaria de la tasa de uso de los servicios de emergencia, por hora. Ver Anexo [10.7](#)

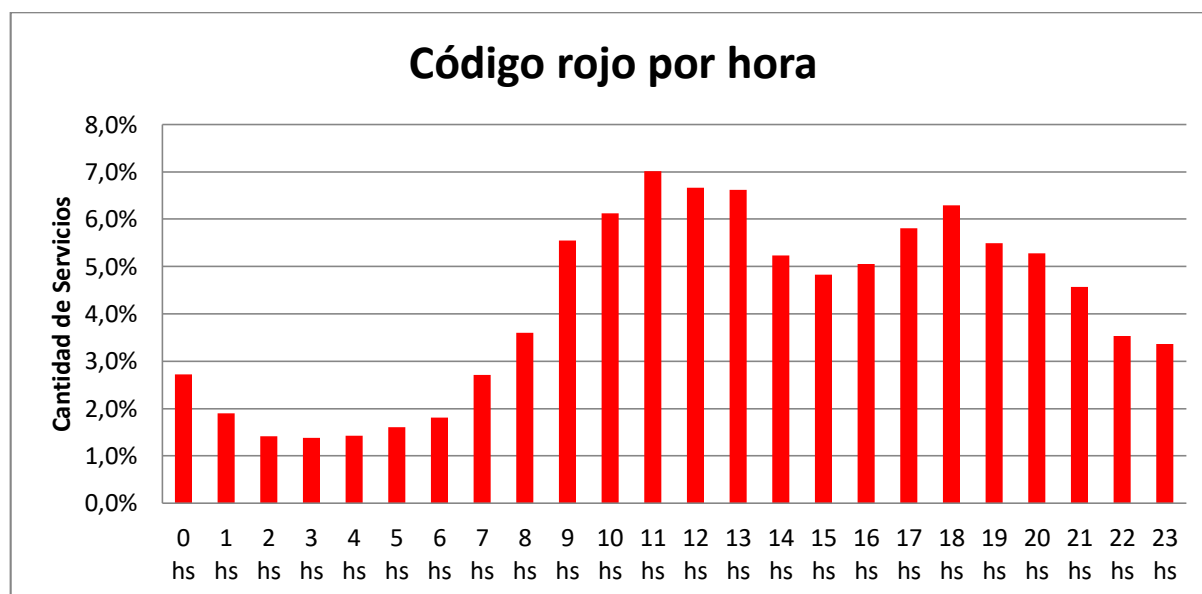


Figura 25 Cantidad de servicios en código rojo por hora

El código rojo tuvo menor demanda en el horario nocturno y presentó dos picos diurnos al mediodía y a la tarde.

5.4.2 Código amarillo por hora

A continuación se grafica la curva horaria de la tasa de uso por hora. Ver Anexo [10.8](#)

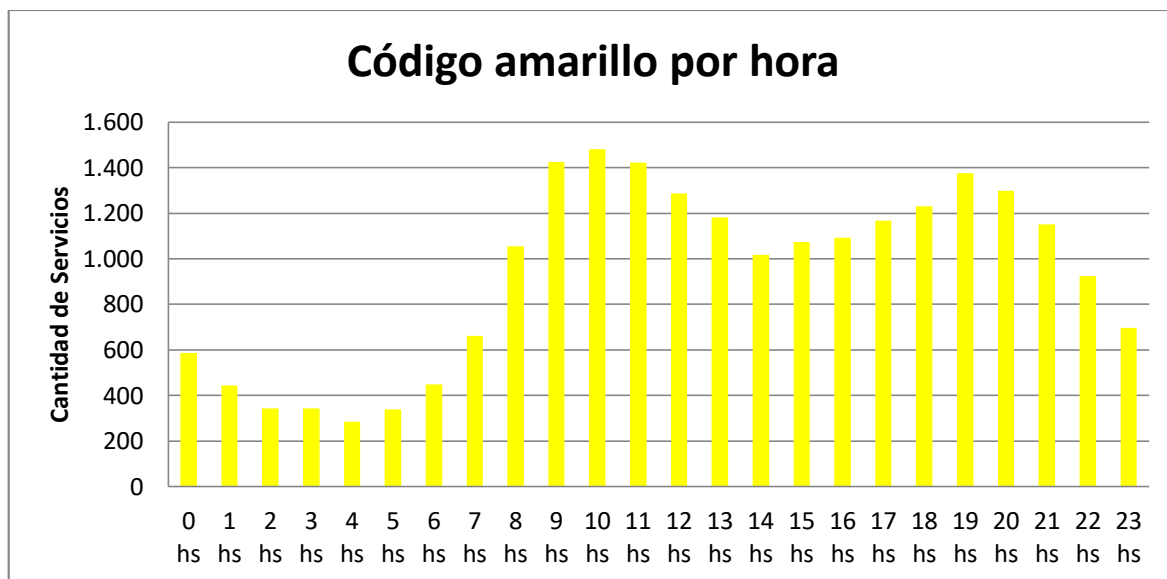


Figura 26 Cantidad de servicios en código amarillo por hora

El código amarillo mostró la misma distribución horaria respecto a la demanda de servicio que el código rojo.

5.4.3 Código verde por hora

A continuación se grafica la curva de la tasa de uso horaria de las visitas domiciliarias en código verde. Ver Anexo [10.9](#)

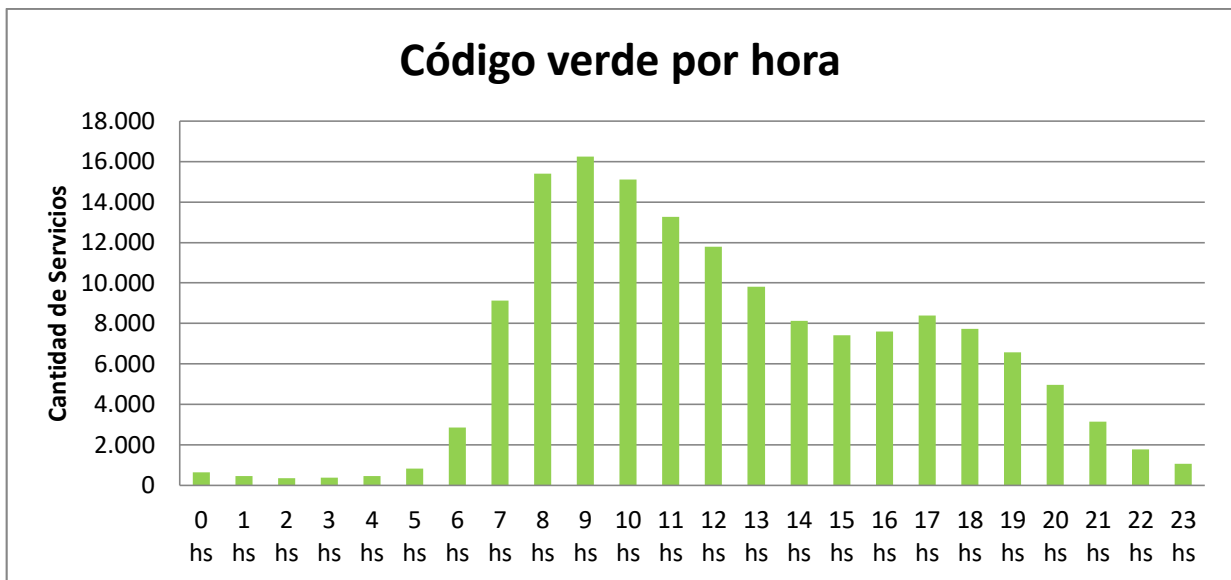


Figura 27 Cantidad de servicios anuales, en código verde, por hora

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.

La siguiente figura muestra las curvas de las tasas de uso de los tres códigos de emergencias, urgencias y vista domiciliaria.

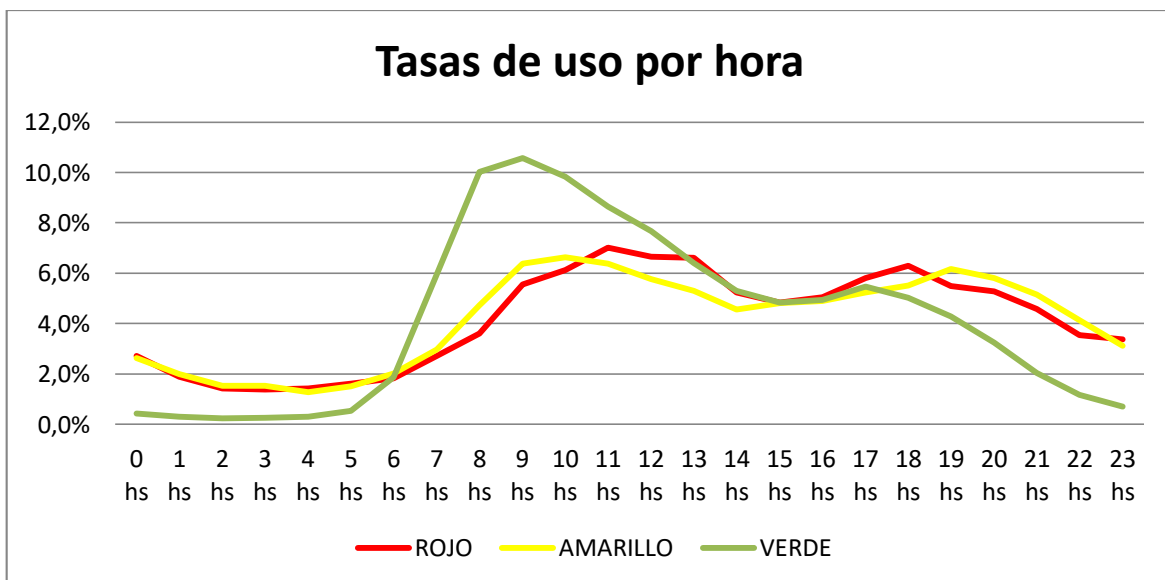


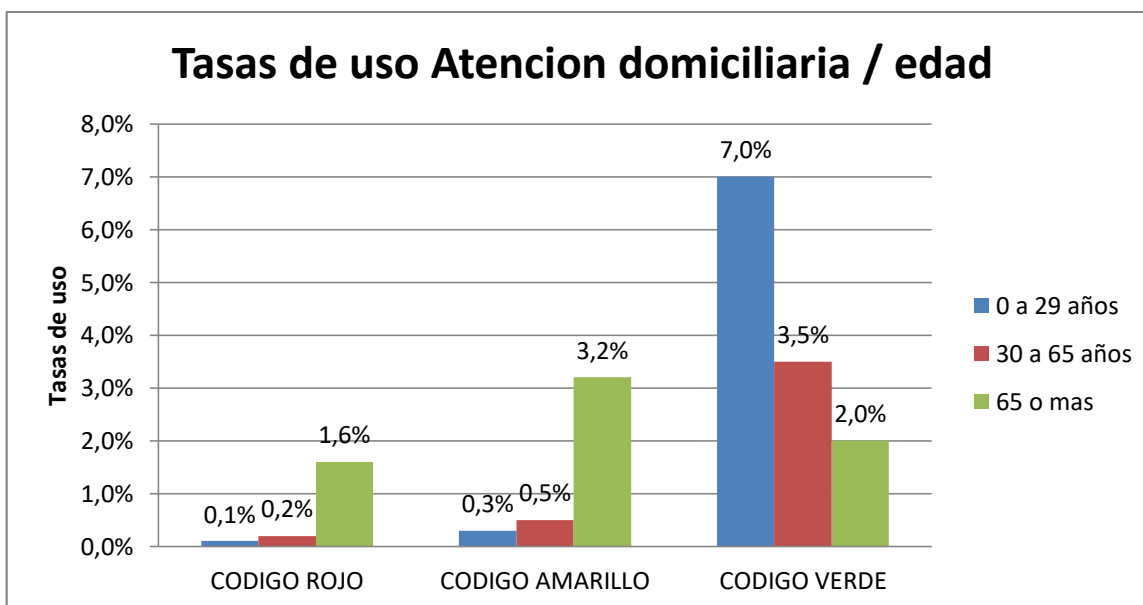
Figura 28 Tasas de uso anuales agrupadas por hora del servicios

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

5.4.4 Tasa de uso por edad

Ver Anexo [10.7](#)

En la siguiente figura 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).

5.4.5 Tasa de uso horaria código rojo

En la próxima figura se grafican las curvas de tasas de uso en código rojo, de cada uno de los grupos etarios en estudio.

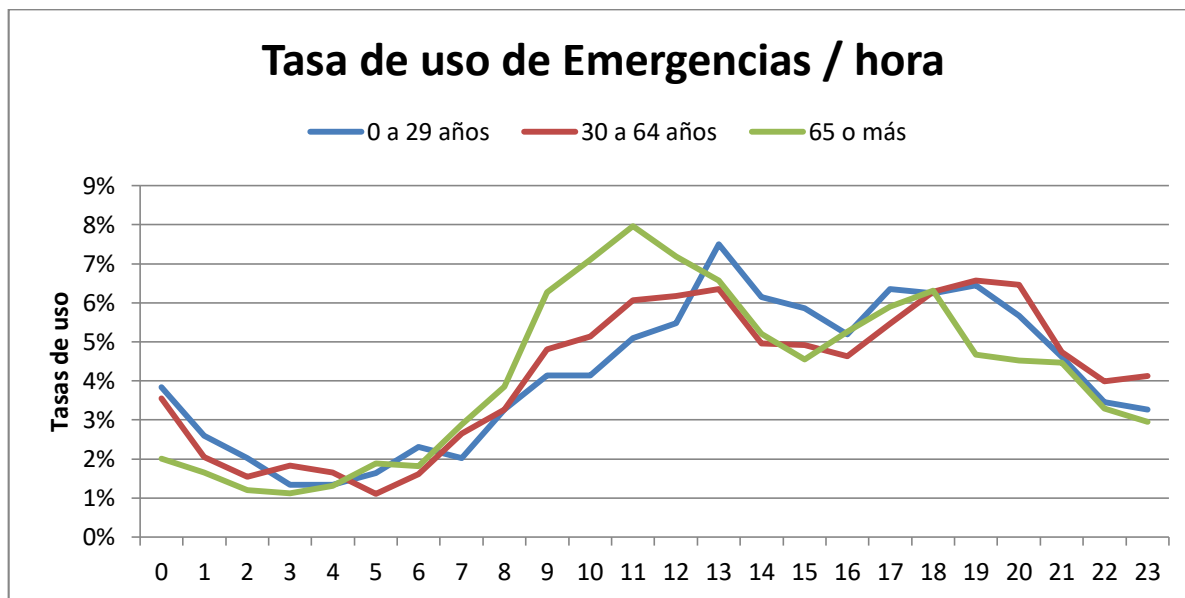


Figura 29 Tasa de utilización horaria de códigos rojos por grupos etarios

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.

5.4.6 Tasa de uso de emergencias por hora

Ver Anexo [10.8](#)

A continuación se grafican las curvas de tasas de uso de los códigos amarillos por hora, en los distintos grupos etarios.

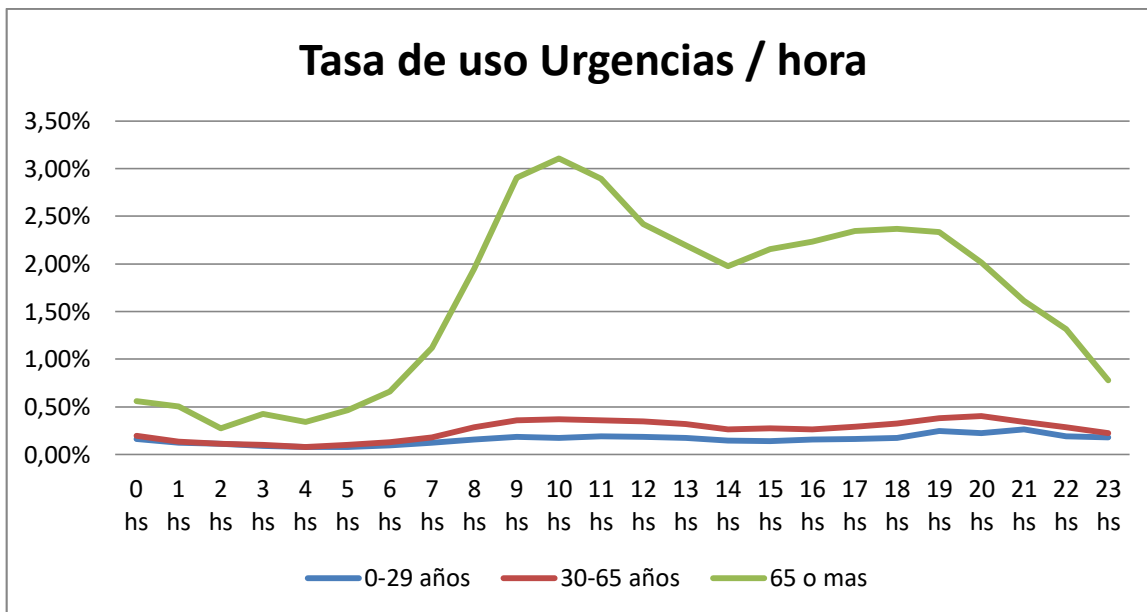


Figura 30 Tasas de utilización horaria de códigos amarillos por grupos etarios

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.

5.4.7 Tasa de uso visita domiciliaria por hora

En la siguiente figura 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. Ver Anexo [10.9](#)

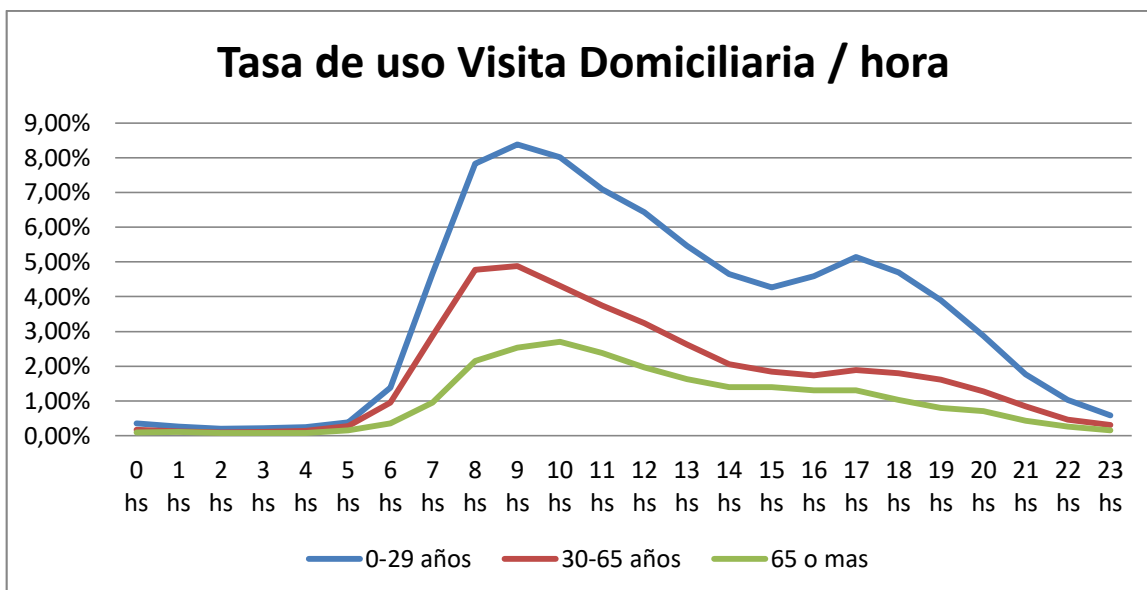


Figura 31 Tasa de uso horaria de código verde por edades

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 marcado 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 14 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

5.5.1 Motivos de llamada de emergencias domiciliarias

La siguiente tabla muestra los diez motivos de llamados más frecuentes, para los servicios activados en código rojo. Ver Anexo [10.10](#)

Tabla 15 Motivos de llamado en código rojo, todos los grupos

CODIGO ROJO			
	MOTIVO DE LLAMADA	n	%
1	DIFICULTAD RESPIRATORIA	1.589	18%
2	PERDIDA DE CONOCIMIENTO	929	11%
3	DOLOR DE PECHO	902	10%
4	HIPERTENSION ARTERIAL	492	6%
5	CONFUSION / OBNUBILACION	275	3%
6	TRAUMATISMO DE MIEMBROS	256	3%
7	PALPITACIONES	237	3%
8	TRAUMATISMO DE CRANEO	223	3%
9	CAIDA 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.

5.5.2 Motivos de llamada de urgencias domiciliarias

Seguidamente se exponen los diez motivos de llamada más frecuentes para los servicios de urgencias, codificados en amarillo.

Tabla 16 Motivos de llamado en código amarillo, todos los grupos

	CODIGO AMARILLO		
	MOTIVO DE LLAMADA	n	%
1	DOLOR LUMBAR	2.019	9%
2	DIFICULTAD RESPIRATORIA	1.863	8%
3	DOLOR EN OTROS	1.712	8%
4	HIPERTENSION ARTERIAL	1.386	6%
5	DOLOR ABDOMINAL	1.233	6%
6	MAREOS / VERTIGOS	1.232	6%
7	TOS / ESPECTORACION	1.018	5%
8	NAUSEAS / VOMITOS	863	4%
9	CEFALEA	699	3%
10	DOLOR DE PECHO	646	3%
	Total	22.332	100%

Fuente: Elaboración propia.

Los motivos de consulta en código amarillo se presentaron con una distribución más heterogénea, donde no se advirtió la preminencia de un motivo saliente que caracterice a este tipo de servicios.

5.5.3 Motivos de llamada de visita médica domiciliaria

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

Tabla 17 Motivos de llamado en código amarillo, todos los grupos

	CODIGO VERDE		
	MOTIVO DE LLAMADA	n	%
1	TOS / ESPECTORACION	27.381	18%
2	FIEBRE	23.736	15%
3	DOLOR GARGANTA (FARINGITIS)	23.458	15%
4	ESTADO GRIPAL/CONGESTION	21.181	14%
5	NAUSEAS / VOMITOS	15.193	10%
6	DIARREA	9.360	6%
7	DOLOR ABDOMINAL	5.072	3%
8	DOLOR DE OIDOS (OTALGIA)	3.965	3%
9	CEFALEA	3.580	2%
10	ERUPCION CUTANEA	3.181	2%
		153.538	100%

Fuente: Elaboración propia.

Los motivos de llamado en código verde se ubican entre los 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.

5.6 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 siguiente tabla 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.

Tabla 18 Incidencia de traslado a centro médico, por código, por grupo etario

Código Rojo	Traslado a centro asistencial	No	SI
	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	No	SI
	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	No	SI
	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.

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.

5.6.1 Incidencia de traslados en Emergencias domiciliarias

La siguiente figura grafica los porcentajes de traslados requerido en la atención de pacientes domiciliarios en código rojo.

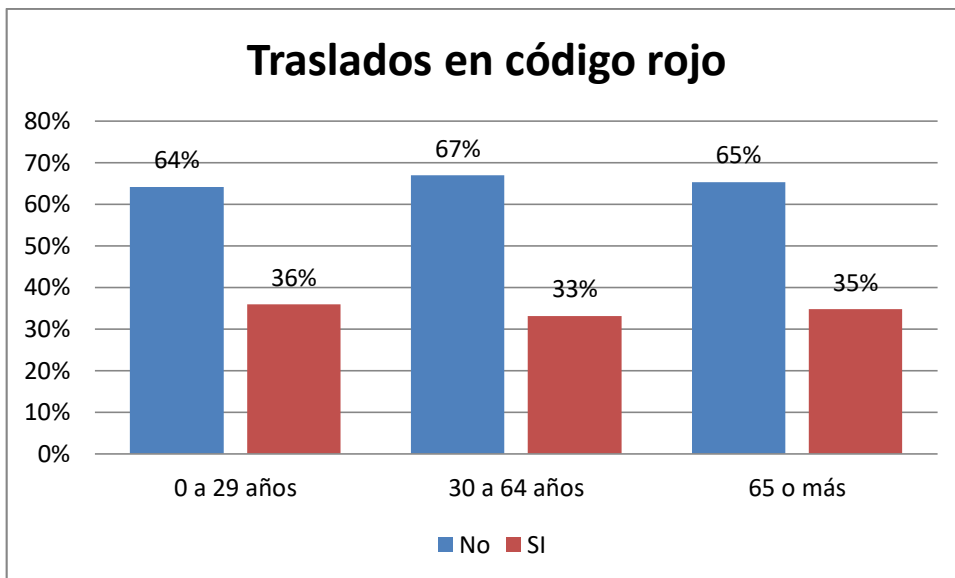


Figura 32 Traslado de pacientes asistidos en código rojo

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.

5.6.2 Incidencia de traslados en Urgencias domiciliarias

La figura siguiente grafica los porcentajes de traslados derivados de la atenciones en código amarillo.

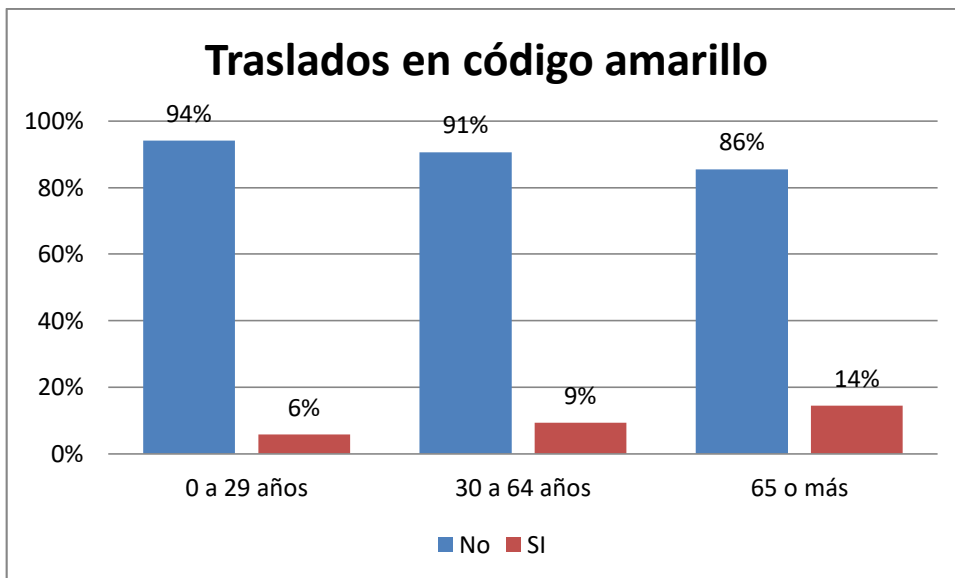


Figura 33 Traslado de pacientes asistidos en código amarillo

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.

5.6.3 Incidencia de traslados en Visita Médica domiciliaria

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

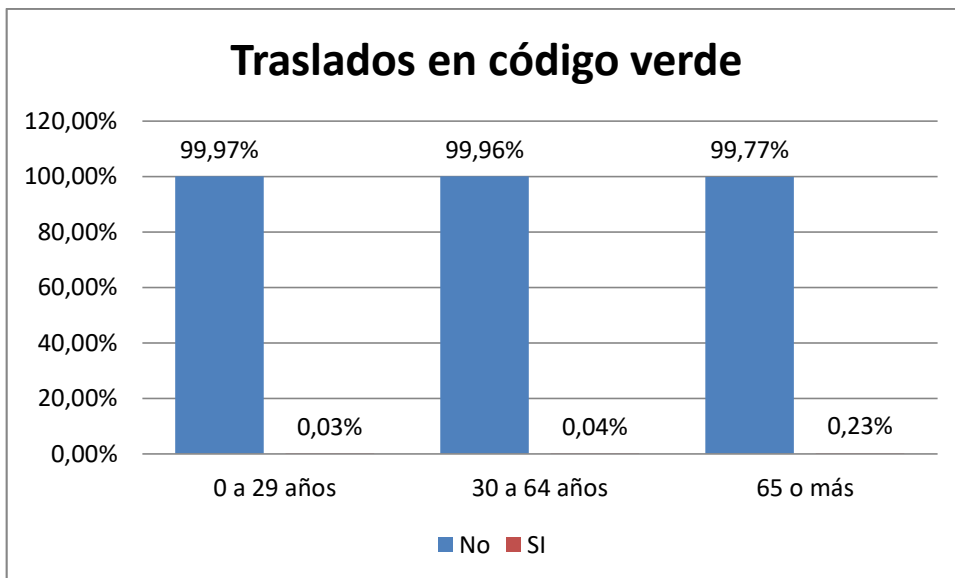


Figura 34 Traslado de pacientes asistidos en código verde

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

5.7 Características de la utilización de servicios

5.7.1 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.

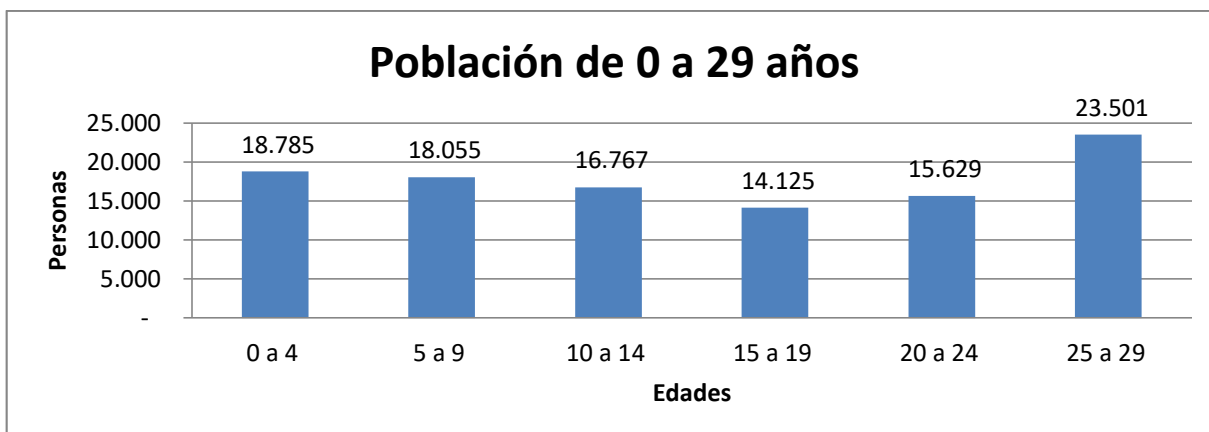


Figura 35 Grupo etario de 0 a 29 años, con apertura por quinquenios.

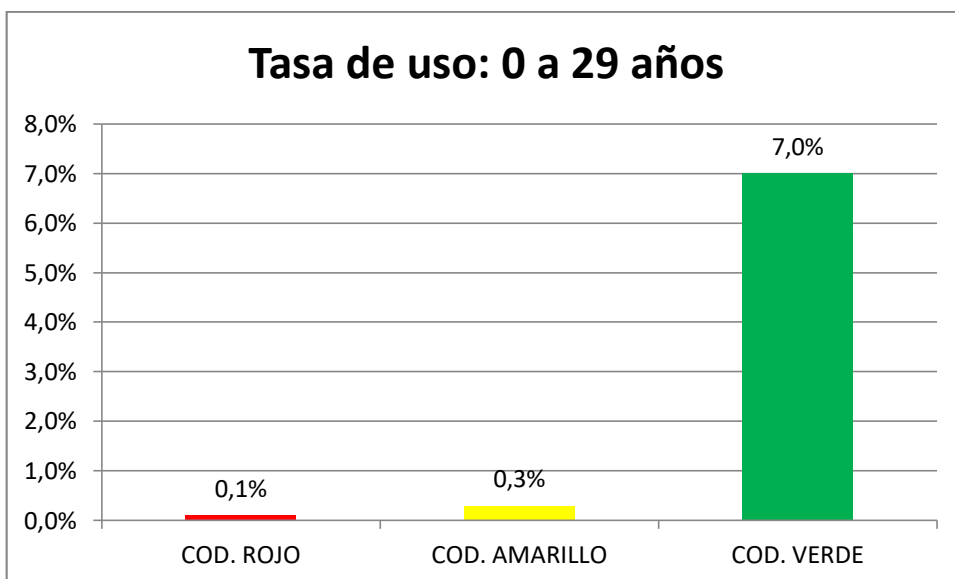


Figura 36 Tasa de uso de los distintos tipos de servicio en la población de 0 a 29 años

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 próxima tabla muestra los motivos de llamado en código rojo en la población joven. Ver Anexo [10.11](#)

Tabla 19 Motivos de llamada en código rojo, en el grupo de 0 a 29 años

	Código Rojo 0-29 años	Total	%
1	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	142	14%
2	PERDIDA DE CONOCIMIENTO	92	9%
3	CONVULSIONES	64	6%
4	TRAUMATISMO DE CRANEO	56	5%
5	TRAUMATISMO DE MIEMBROS	56	5%
6	ACCIDENTE EN VIA PUBLICA	40	4%
7	DOLOR DE PECHO	37	4%
8	HERIDA CORTANTE	34	3%
9	INGESTION DE TOXICOS	30	3%
10	PROBLEMAS PSIQUIATRICOS	29	3%
	Total Códigos Rojos de 0-29 años	1.040	100%

Fuente: Elaboración propia.

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 siguiente tabla muestra los motivos de llamado en código amarillo en la población joven.

Tabla 20 Motivos de llamada en código amarillo, en el grupo de 0 a 29 años

	Código Amarillo 0-29 años	Total	%
1	DIFICULTAD RESPIRATORIA	760	19%
2	TOS / ESPECTORACION	377	9%
3	NAUSEAS / VOMITOS	210	5%

4	DOLOR ABDOMINAL	203	5%
5	DOLOR LUMBAR	190	5%
6	FIEBRE	149	4%
7	MAREOS / VERTIGOS	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.

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.

Tabla 21 Motivos de llamada en código verde, en el grupo de 0 a 29 años

	Código Verde 0-29 años	Total	%
1	TOS / ESPECTORACION	20.001	22%
2	FIEBRE	17.032	19%
3	DOLOR GARGANTA (FARINGITIS)	12.825	14%
4	ESTADO GRIPAL/CONGESTION	9.562	11%
5	NAUSEAS / VOMITOS	8.202	9%
6	DIARREA	4.418	5%
7	DOLOR DE OIDOS (OTALGIA)	4.270	5%
8	ERUPCION CUTANEA	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.

Los motivos de llamado del código verde en la población joven representaron una muestra heterogénea de la casuística de cuadros de baja complejidad o que no entrañan gravedad, con preeminencia de los trastornos respiratorios y febriles.

5.7.2 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 preminencia de las edades más jóvenes. De hecho el quinquenio menos poblado es el de adultos de 60 a 65 años.

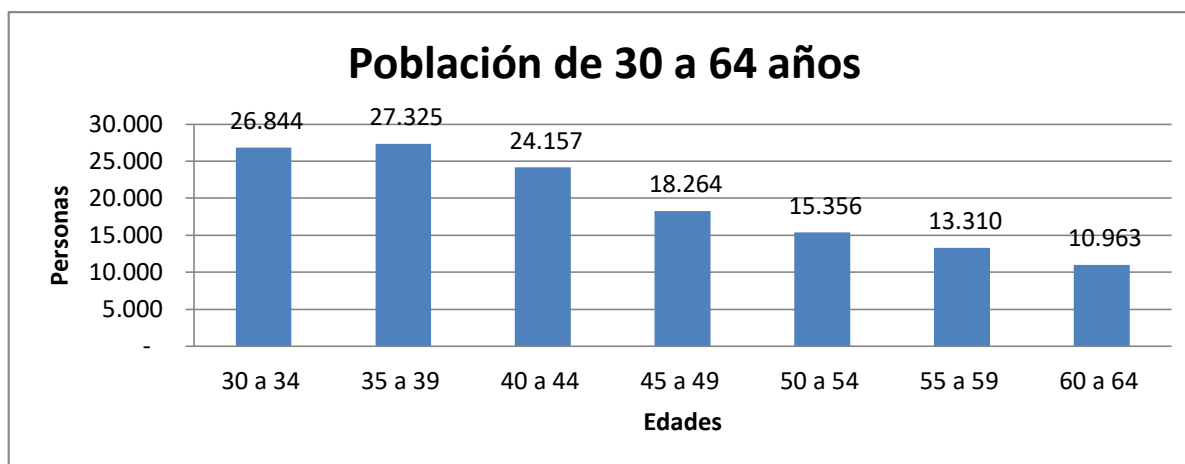


Figura 37 Grupo etario de 30 a 65 años, con apertura por quinquenios.

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.

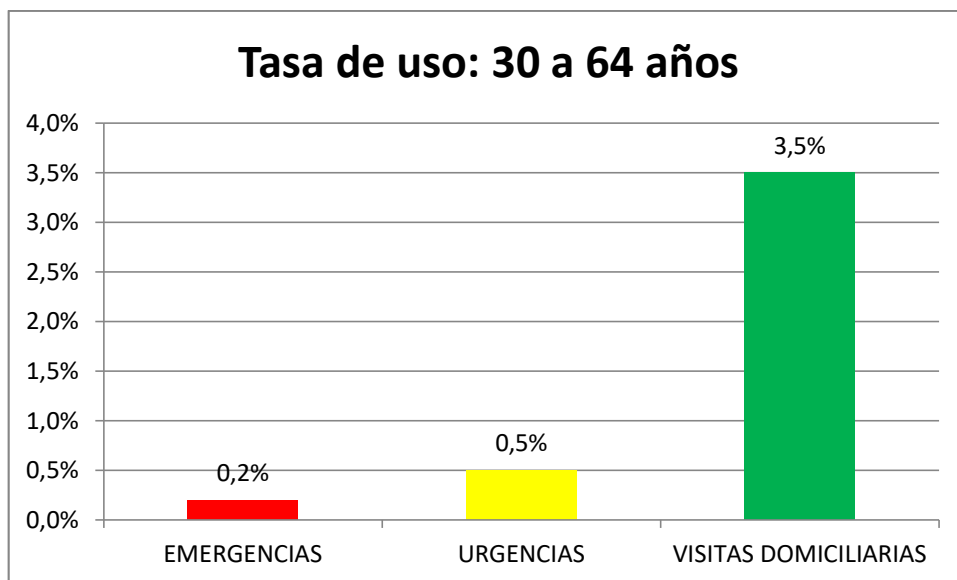


Figura 38 Tasa de uso de los distintos tipos de servicio en la población de 30 a 65 años

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.

A continuación se detallan los diez motivos de llamada más frecuentes en las atenciones en código rojo para la población de edades intermedias. Ver Anexo [10.12](#)

Tabla 22 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	PERDIDA CONOCIMIENTO	311	11%
4	HIPERTENSION ARTERIAL	131	5%
5	PALPITACIONES	90	3%
6	TRAUMATISMO	86	3%
7	MAREOS / VERTIGOS	59	2%
8	CRISIS ASMÁTICA	53	2%

9	ALT. PSIQUIATRICAS	53	2%
10	DOLOR ABDOMINAL	52	2%
	Total Códigos Rojos de 30-65 años	2.784	100%

Fuente: Elaboración propia.

Los motivos de llamado en código rojo son similares a los de todos los grupos, no detectándose particularidades en la población intermedia.

A continuación se detallan los diez motivos de llamada más frecuentes en las atenciones en código amarillo para la población de edades intermedias.

Tabla 23 Motivos de llamada en código amarillo, en la población de 30 a 64 años

	Código Amarillo	Total	%
1	DIFICULTAD RESPIRATORIA	760	9%
2	TOS / ESPECTORACION	377	5%
3	NAUSEAS / VOMITOS	210	3%
4	DOLOR ABDOMINAL	203	2%
5	DOLOR LUMBAR	190	2%
6	FIEBRE	149	2%
7	MAREOS / VERTIGOS	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.

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.

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

Tabla 24 Motivos de llamada en código verde, en la población de 30 a 64 años

	Código Verde	Total	%
1	ESTADO GRIPAL/CONGESTION	10.637	19%
2	DOLOR GARGANTA	10.202	18%
3	NAUSEAS / VOMITOS	6.692	12%
4	TOS / ESPECTORACION	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.

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 preminencia de los trastornos respiratorios y febriles.

5.7.3 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.

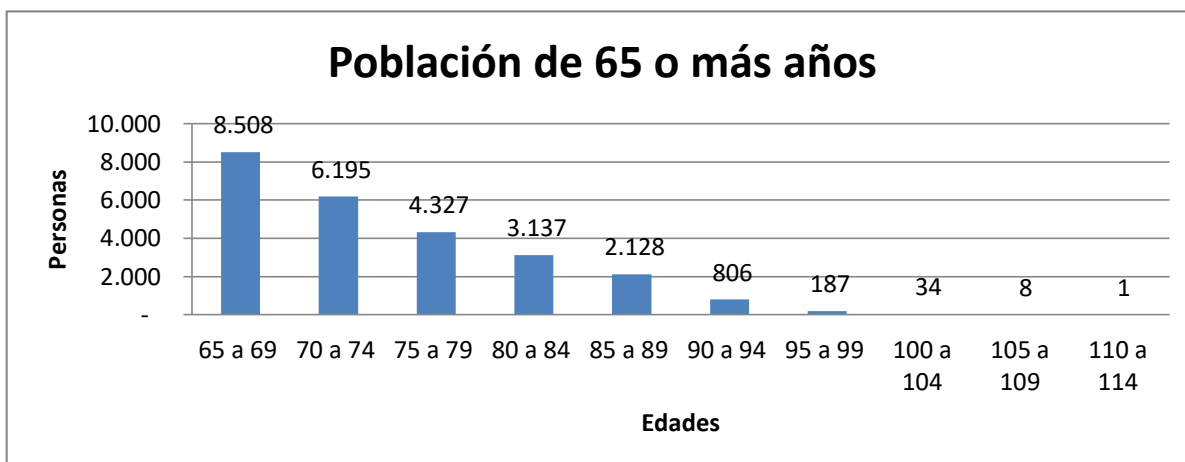


Figura 39 Grupo etario de 65 o más años, con apertura por quinquenios.

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.

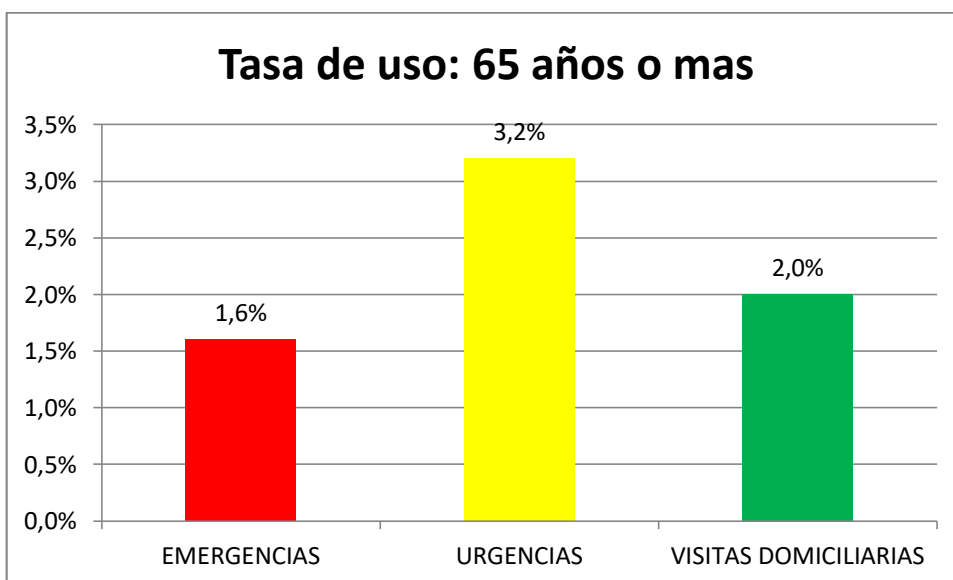


Figura 40 Tasa de uso de los distintos tipos de servicio en la población de 30 a 65 años

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.

A continuación se detallan los diez motivos de llamada más frecuentes en las atenciones en código rojo para la población de personas mayores. Ver Anexo [10.13](#)

Tabla 25 Motivos de llamada por código rojo, en la población de 65 años o mayor

	Código Rojo	Total	%
1	DIFICULTAD RESPIRATORIA	1.106	23%
2	PERDIDA DE CONOCIMIENTO	526	11%
3	DOLOR DE PECHO	444	9%
4	HIPERTENSION ARTERIAL	356	7%
5	CONFUSION / OBNUBILACION	234	5%
6	CAIDA DE ALTURA	144	3%
7	PALPITACIONES+	132	3%
8	DOLOR EN...	124	3%
9	HIPOTENSION ARTERIAL	122	2%
10	DIF PARA RESPIRAR - ADULTOS	121	2%
	Total Códigos Rojos de 65 o más años	4.882	100%

Fuente: Elaboración propia.

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.

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

Tabla 26 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	HIPERTENSION ARTERIAL	792	8%

3	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	629	6%
4	DOLOR LUMBAR	604	6%
5	MAREOS / VERTIGOS	534	5%
6	DOLOR ABDOMINAL	507	5%
7	TRASTORNOS URINARIOS	467	5%
8	TOS / ESPECTORACION	462	5%
9	MALESTAR INESPECIFICO	386	4%
10	TRAUMATISMO DE MIEMBROS	343	3%
	Total Códigos Amarillos de 65 o más años	9.866	100%

Fuente: Elaboración propia.

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

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

Tabla 27 Motivos de llamada por código verde, en la población de 65 años o mayor

	Código Verde	Total	%
1	TOS / ESPECTORACION	1.123	18%
2	ESTADO GRIPAL/CONGESTION	982	16%
3	DOLOR EN OTROS	534	9%
4	FIEBRE	463	8%
5	DOLOR GARGANTA	431	7%
6	DIARREA	429	7%
7	NAUSEAS / VOMITOS	299	5%
8	DOLOR ABDOMINAL	246	4%
9	MAREOS / VERTIGOS	164	3%
10	MALESTAR INESPECIFICO	161	3%
	Total Códigos Verdes de 65 o más años	6.071	100%

Fuente: Elaboración propia.

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

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 medico 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 (García and 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 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 preminencia 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 and 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, encontrándose 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 domiciliaria, 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 factores de deficiencia que gravitan más en la incidencia de internaciones que la atención sanitaria recibida en la atención domiciliaria (Badia et al. 2012).

7. CONCLUSIONES

- 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 domiciliario 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.

8. RECOMENDACIONES FINALES

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 domiciliaria e intervenir positivamente en la evolución de las enfermedades crónicas, propias de los adultos mayores.

Un adecuado desarrollo de esta tecnología podría representar una solución para la problemática del exceso de demanda de atención domiciliaria 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 domiciliaria.

9. 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, and Víctor M Becerril-Montekio. "Sistema De Salud De Argentina." *salud pública de méxico* 53 (2011): s96-s109.

Cardona Arango, Maria Dorys, and Enrique Peláez. "Envejecimiento Poblacional En El Siglo Xxi: Oportunidades, Retos Y Preocupaciones." *Revista Científica Salud Uninorte* 28 2 (2012).

Castañeda Abascal, Ileana Elena, and Odis 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, and Ariela Goldschmit. "Sistema De Salud Argentino: Provisión Y Financiamiento En Busca De La Cobertura Universal." *Background report commissioned by the Human Development Department, Latin American and the Caribbean Region, World Bank, Washington, DC* (2012).

Contel, Juan Carlos, Blanca Muntané, and 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, and 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 Poblacion Mundial 2011. 7 Mil Millones De Personas, Su Mundo, Sus Posibilidades." *Red Rev 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, and 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." *Univ Méd 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, and 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, and 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, and Ignacio Ramírez Duarte. "La Oferta Y La Demanda De Los Servicios De Salud." *Revista Científica Salud Uninorte* 28 2 (2012).

Hoskins, Irene, Alexandre Kalache, and Susan Mende. "Hacia Una Atención Primaria De Salud Adaptada a Las Personas De Edad." *Rev Panam 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, Aseguramiento 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, and 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." *Cadernos de Saúde Pública* 31 12 (2015): 2475-81.

- Muro, Marcelo R, Daniel M Maffei, and 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. "¿Cuanto Mas 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, and 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." *Rev Panam Salud Pública* 17 5/6 (2005): 299-302.
- Piñarte Suárez, Diana Isaura, and 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.
- Quinteros, 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." *Rev Panam 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. 1º 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." *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 11 4 (2002): 277-82.

Valdez, EA, RR Pérez, and 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, and Alberto Palloni. "Autoinforme De Salud General En Adultos Mayores De América Latina Y El Caribe: Su Utilidad Como Indicador." *Rev Panam Salud Publica* 17 5/6 (2005): 323-32.

10. ANEXOS

10.1 Índices de envejecimiento Argentina

Tabla 28 Índice de Envejecimiento por Provincias en Argentina

Jurisdicción	Índice de envejecimiento %	Índice envejecimiento mujeres %	Índice envejecimiento varones %
Santa Fe	50,4	61,9	39,4
Córdoba	45,9	55,4	36,7
La Pampa	45,2	52,0	38,5
Buenos Aires	43,1	52,1	34,4
Mendoza	40,0	47,2	33,1
Entre Ríos	39,1	47,5	31,1
Río Negro	32,8	37,1	28,7
San Luis	31,3	36,0	26,6
San Juan	30,3	35,6	25,1
Tucumán	28,5	33,6	23,6
Chubut	27,8	31,7	24,1
Catamarca	27,0	31,3	22,8
Corrientes	26,8	31,2	22,5
La Rioja	25,7	29,2	22,2
Jujuy	24,8	27,9	21,9
Neuquén	24,7	27,9	21,6
Santiago del Estero	24,3	27,6	21,1
Chaco	22,9	26,4	19,5
Salta	22,4	25,2	19,7
Formosa	22,2	24,1	20,3
Misiones	19,4	21,2	17,5
Santa Cruz	18,9	20,8	17,1
Tierra del Fuego	13,9	15,7	12,2
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	100,3	129,8	71,9

*Este indicador considera la población de 65 años y más sobre la población de 0 a 14 años por cien. Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

10.2 Cobertura de Salud en CABA

Tabla 29 Población de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por tipo de cobertura de salud

Edad	Población en viviendas particulares	Tipo de cobertura de salud				No tiene obra social, prepaga o plan estatal
		Obra Social	Prepaga a través de obra social	Prepaga sólo por contratación voluntaria	Programas y planes estatales de salud	
TOTAL	2.830.816	1.264.720	615.487	410.278	40.269	500.062
0-4	164.856	55.670	43.029	22.255	3.046	40.856
5-9	155.135	58.150	38.472	20.249	3.050	35.214
10-14	148.648	59.662	31.484	18.432	3.535	35.535
15-19	165.432	67.101	31.243	21.215	3.679	42.194
20-24	223.881	85.890	44.673	27.998	3.373	61.947
25-29	242.588	90.691	60.117	30.967	2.760	58.053
30-34	244.349	92.401	70.815	31.822	2.556	46.755
35-39	211.695	79.713	61.103	29.695	2.460	38.724
40-44	177.097	69.991	46.894	25.812	2.303	32.097
45-49	168.100	71.138	40.220	25.540	2.860	28.342
50-54	167.861	72.954	37.841	26.867	2.710	27.489
55-59	156.542	68.234	34.219	27.882	2.553	23.654
60-64	151.864	77.499	26.968	29.164	1.995	16.238
65-69	124.732	77.878	16.457	22.994	904	6.499
70-74	103.717	72.179	10.959	17.062	723	2.794
75-79	90.077	65.646	8.881	13.064	823	1.663
80 y más	134.242	99.923	12.112	19.260	939	2.008

Fuente INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Cuadro P12-P. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Población en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud, según sexo y grupo de edad.

10.3 Atención domiciliaria por tipo y por edad

Tabla 30 Nº Servicios domiciliarios CABA, por códigos, por edad, año 2016

CODIGO ROJO	0 a 29 años	30 a 64 años	65 o más años	TOTAL
ene-16	80	175	298	553
feb-16	71	202	328	601
mar-16	80	208	394	682
abr-16	81	234	422	737
may-16	90	237	429	756
jun-16	105	271	527	903
jul-16	98	238	454	790
ago-16	81	256	486	823
sep-16	94	234	384	712
oct-16	84	203	360	647
nov-16	76	216	354	646
dic-16	100	310	446	856
TOTAL	1.040	2.784	4.882	8.706
CODIGO AMARILLO	0 a 29 años	30 a 64 años	65 o más años	TOTAL
ene-16	210	518	687	1.415
feb-16	177	525	627	1.329
mar-16	303	664	748	1.715
abr-16	311	665	809	1.785
may-16	608	969	875	2.452
jun-16	432	784	874	2.090
jul-16	351	722	903	1.976
ago-16	347	712	902	1.961
sep-16	396	752	931	2.079
oct-16	354	753	869	1.976
nov-16	321	707	805	1.833
dic-16	293	592	836	1.721
TOTAL	4.103	8.363	9.866	22.332
CODIGO VERDE	0 a 29 años	30 a 64 años	65 o más años	TOTAL
ene-16	4.003	2.694	443	7.140
feb-16	4.052	3.064	406	7.522
mar-16	7.011	4.695	508	12.214
abr-16	8.834	5.242	545	14.621
may-16	13.176	8.624	713	22.513
jun-16	9.509	6.409	659	16.577
jul-16	7.863	5.249	639	13.751
ago-16	8.490	5.235	544	14.269
sep-16	8.807	4.957	427	14.191
oct-16	7.474	4.310	467	12.251
nov-16	6.496	3.779	379	10.654
dic-16	4.436	3.058	341	7.835
TOTAL	90.151	57.316	6.071	153.538

Fuente: elaboración propia.

10.4 Tasas de uso anual de atención domiciliaria

Tabla 31 Tasas de uso atención domiciliaria, por tipo, sexo y grupo etario, CABA, año 2016

Código	Población seleccionada	Población que utilizó el servicio en 1 año	Población total	Tasa de uso
ROJO	CODIGO ROJO TOTAL	8.706	268.309	0,3%
	Mujeres	5.185	137.437	0,3%
	Hombres	3.521	130.872	0,2%
	0-29 años	1.040	106.811	0,1%
	30-64 años	2.784	136.178	0,2%
	65 o más años	4.882	25.320	1,6%
AMARILLO	CODIGO AMARILLO TOTAL	22.332	268.309	0,7%
	Mujeres	14.216	137.437	0,9%
	Hombres	8.116	130.872	0,5%
	0-29 años	4.103	106.811	0,3%
	30-64 años	8.363	136.178	0,5%
	65 o más años	9.866	25.320	3,2%
VERDE	CODIGO VERDE TOTAL	153.538	268.309	4,8%
	Mujeres	86.446	137.437	5,2%
	Hombres	67.092	130.872	4,3%
	0-29 años	90.151	106.811	7,0%
	30-64 años	57.316	136.178	3,5%
	65 o más años	6.071	25.320	2,0%
Todos	Servicios domiciliarios totales (todos los códigos)	184.576	268.309	5,7%

Fuente: elaboración propia.

10.5 Tasas de uso mensual

Tabla 32 Tasas de uso mensual por tipo de servicios, en cada grupo etario

EMERGENCIAS	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	TOTAL
0 a 29 años	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
30 a 65 años	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%
65 o mas	1,2%	1,3%	1,6%	1,7%	1,7%	2,1%	1,8%	1,9%	1,5%	1,4%	1,4%	1,7%	1,6%
Total	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%
URGENCIAS	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	TOTAL
0 a 29 años	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,6%	0,4%	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
30 a 65 años	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,7%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,5%
65 o mas	2,7%	2,5%	3,0%	3,2%	3,5%	3,5%	3,6%	3,6%	3,7%	3,4%	3,1%	3,3%	3,2%
Total	0,5%	0,5%	0,6%	0,7%	0,9%	0,8%	0,7%	0,7%	0,8%	0,7%	0,7%	0,6%	0,7%
VISITAS	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	TOTAL
0 a 29 años	3,8%	3,8%	6,6%	8,3%	12,4%	8,9%	7,4%	7,9%	8,2%	7,0%	6,0%	4,1%	7,0%
30 a 65 años	2,0%	2,3%	3,5%	3,9%	6,4%	4,7%	3,8%	3,8%	3,6%	3,1%	2,8%	2,2%	3,5%
65 o mas	1,8%	1,6%	2,0%	2,2%	2,8%	2,6%	2,5%	2,1%	1,7%	1,8%	1,5%	1,3%	2,0%
Total	2,7%	2,8%	4,6%	5,5%	8,4%	6,2%	5,1%	5,3%	5,3%	4,5%	3,9%	2,9%	4,8%

Fuente: Elaboración propia.

10.6 Servicios por día

Tabla 33 Cantidad de servicios totales por día de semana, por mes

SERVICIOS	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	TOTAL
ROJO	553	601	682	737	756	903	790	823	712	647	646	856	8.706
Domingo	96	72	87	109	107	99	114	95	100	102	67	99	1.147
Lunes	82	115	83	87	135	116	103	142	102	90	90	116	1.261
Martes	70	88	105	111	112	134	122	139	89	88	126	115	1.299
Miércoles	73	83	110	102	110	146	100	133	85	86	116	116	1.260
Jueves	74	87	110	82	104	164	125	99	126	93	99	141	1.304
Viernes	85	86	91	128	93	135	112	116	126	76	75	131	1.254
Sábado	73	70	96	118	95	109	114	99	84	112	73	138	1.181
AMARILLO	1.415	1.329	1.715	1.785	2.452	2.090	1.976	1.961	2.079	1.976	1.833	1.721	22.332
Domingo	223	170	193	217	404	240	308	209	251	281	224	213	2.933
Lunes	180	277	265	304	443	326	309	376	365	353	277	269	3.744
Martes	201	184	303	241	385	320	245	369	319	258	334	232	3.391
Miércoles	192	176	274	235	289	351	255	333	272	268	302	223	3.170
Jueves	191	187	275	219	347	339	259	220	347	257	235	287	3.163
Viernes	214	159	193	291	335	259	297	246	291	280	259	256	3.080
Sábado	214	176	212	278	249	255	303	208	234	279	202	241	2.851
CELESTE	1.079	1.046	1.756	1.999	2.546	1.882	1.812	1.697	1.826	1.704	1.721	1.437	20.505
Domingo	125	118	169	229	295	186	228	181	169	209	159	141	2.209
Lunes	197	236	348	370	585	318	327	353	364	346	283	251	3.978
Martes	153	159	309	310	425	281	297	312	264	273	340	215	3.338
Miércoles	149	138	288	264	328	353	262	288	268	288	335	220	3.181
Jueves	177	160	285	286	349	335	238	216	318	219	255	263	3.101
Viernes	157	152	197	292	350	213	274	188	279	181	205	199	2.687
Sábado	121	83	160	248	214	196	186	159	164	188	144	148	2.011
VERDE	6.061	6.476	10.458	12.622	19.967	14.695	11.939	12.572	12.365	10.547	8.933	6.398	133.033
Domingo	626	570	913	1.143	2.433	1.285	1.289	953	1.009	1.011	718	545	12.495
Lunes	1.221	1.537	2.211	2.492	4.433	2.706	2.452	2.655	2.530	2.391	1.584	1.372	27.584
Martes	1.015	960	2.013	2.098	3.510	2.373	1.921	2.483	2.140	1.739	1.847	1.041	23.140
Miércoles	917	1.074	1.882	2.016	2.738	2.869	1.861	2.354	1.846	1.792	1.833	958	22.140
Jueves	899	1.000	1.634	1.872	2.991	2.729	1.624	1.796	2.201	1.599	1.320	1.064	20.729
Viernes	853	830	1.121	1.888	2.278	1.582	1.676	1.393	1.777	1.137	954	916	16.405
Sábado	530	505	684	1.113	1.584	1.151	1.116	938	862	878	677	502	10.540
TOTAL	9.108	9.452	14.611	17.143	25.721	19.570	16.517	17.053	16.982	14.874	13.133	10.412	184.576

Fuente: Elaboración propia.

10.7 Emergencias por hora

Tabla 34 Códigos rojos anuales, por hora en cada grupo etario

Código Rojo 0-29 años		
Hora Llamado	Nº Servicios	Tasa de Uso
0 hs	40	0,04%
1 hs	27	0,03%
2 hs	21	0,02%
3 hs	14	0,01%
4 hs	14	0,01%
5 hs	17	0,02%
6 hs	24	0,02%
7 hs	21	0,02%
8 hs	34	0,03%
9 hs	43	0,04%
10 hs	43	0,04%
11 hs	53	0,05%
12 hs	57	0,05%
13 hs	78	0,07%
14 hs	64	0,06%
15 hs	61	0,06%
16 hs	54	0,05%
17 hs	66	0,06%
18 hs	65	0,06%
19 hs	67	0,06%
20 hs	59	0,06%
21 hs	48	0,04%
22 hs	36	0,03%
23 hs	34	0,03%
Total	1.040	

Código Rojo 30-65 años		
Hora Llamado	Nº Servicios	Tasa de Uso
0 hs	99	0,07%
1 hs	57	0,04%
2 hs	43	0,03%
3 hs	51	0,04%
4 hs	46	0,03%
5 hs	31	0,02%
6 hs	45	0,03%
7 hs	74	0,05%
8 hs	91	0,07%
9 hs	134	0,10%
10 hs	143	0,11%
11 hs	169	0,12%
12 hs	172	0,13%
13 hs	177	0,13%
14 hs	138	0,10%
15 hs	137	0,10%
16 hs	129	0,09%
17 hs	152	0,11%
18 hs	175	0,13%
19 hs	183	0,13%
20 hs	180	0,13%
21 hs	132	0,10%
22 hs	111	0,08%
23 hs	115	0,08%
Total	2.784	

Código Rojo 65 años o más		
Hora Llamado	Nº Servicios	Tasa de Uso
0 hs	98	0,39%
1 hs	81	0,32%
2 hs	59	0,23%
3 hs	55	0,22%
4 hs	64	0,25%
5 hs	92	0,36%
6 hs	89	0,35%
7 hs	141	0,56%
8 hs	188	0,74%
9 hs	306	1,21%
10 hs	347	1,37%
11 hs	389	1,54%
12 hs	351	1,39%
13 hs	321	1,27%
14 hs	254	1,00%
15 hs	222	0,88%
16 hs	257	1,02%
17 hs	288	1,14%
18 hs	308	1,22%
19 hs	228	0,90%
20 hs	221	0,87%
21 hs	218	0,86%
22 hs	161	0,64%
23 hs	144	0,57%
Total	4.882	

Fuente: elaboración propia.

10.8 Urgencias por hora

Tabla 35 Códigos amarillos anuales, por hora en cada grupo etario

Código Amarillo 0-29 años		
Hora Llamado	Nº Servicios	Tasa de Uso
0 hs	176	0,16%
1 hs	132	0,12%
2 hs	121	0,11%
3 hs	94	0,09%
4 hs	86	0,08%
5 hs	84	0,08%
6 hs	101	0,09%
7 hs	133	0,12%
8 hs	171	0,16%
9 hs	199	0,19%
10 hs	189	0,18%
11 hs	204	0,19%
12 hs	201	0,19%
13 hs	188	0,18%
14 hs	156	0,15%
15 hs	151	0,14%
16 hs	171	0,16%
17 hs	173	0,16%
18 hs	189	0,18%
19 hs	267	0,25%
20 hs	241	0,23%
21 hs	280	0,26%
22 hs	202	0,19%
23 hs	194	0,18%
Total	4.103	106.811

Código Amarillo 30-65 años		
Hora Llamado	Nº Servicios	Tasa de Uso
0 hs	270	0,20%
1 hs	183	0,13%
2 hs	152	0,11%
3 hs	141	0,10%
4 hs	111	0,08%
5 hs	136	0,10%
6 hs	180	0,13%
7 hs	246	0,18%
8 hs	389	0,29%
9 hs	490	0,36%
10 hs	505	0,37%
11 hs	486	0,36%
12 hs	473	0,35%
13 hs	437	0,32%
14 hs	362	0,27%
15 hs	377	0,28%
16 hs	356	0,26%
17 hs	401	0,29%
18 hs	443	0,33%
19 hs	519	0,38%
20 hs	547	0,40%
21 hs	463	0,34%
22 hs	389	0,29%
23 hs	307	0,23%
Total	8.363	

Código Amarillo 65 años o más		
Hora Llamado	Nº Servicios	Tasa de Uso
0 hs	142	0,56%
1 hs	128	0,51%
2 hs	70	0,28%
3 hs	108	0,43%
4 hs	87	0,34%
5 hs	118	0,47%
6 hs	167	0,66%
7 hs	283	1,12%
8 hs	494	1,95%
9 hs	735	2,90%
10 hs	787	3,11%
11 hs	733	2,89%
12 hs	613	2,42%
13 hs	556	2,20%
14 hs	500	1,97%
15 hs	546	2,16%
16 hs	566	2,24%
17 hs	594	2,35%
18 hs	599	2,37%
19 hs	591	2,33%
20 hs	510	2,01%
21 hs	409	1,62%
22 hs	333	1,32%
23 hs	197	0,78%
Total	9.866	

Fuente: elaboración propia.

10.9 Visita médica domiciliaria por hora

Tabla 36 Códigos verdes anuales, por hora en cada grupo etario

Código Verde 0-29 años		
Hora Llamado	Nº Servicios	Tasa de Uso
0 hs	384	0,36%
1 hs	271	0,25%
2 hs	215	0,20%
3 hs	230	0,22%
4 hs	257	0,24%
5 hs	416	0,39%
6 hs	1.483	1,39%
7 hs	4.983	4,67%
8 hs	8.366	7,83%
9 hs	8.949	8,38%
10 hs	8.554	8,01%
11 hs	7.572	7,09%
12 hs	6.872	6,43%
13 hs	5.838	5,47%
14 hs	4.968	4,65%
15 hs	4.553	4,26%
16 hs	4.909	4,60%
17 hs	5.490	5,14%
18 hs	5.017	4,70%
19 hs	4.172	3,91%
20 hs	3.062	2,87%
21 hs	1.877	1,76%
22 hs	1.090	1,02%
23 hs	623	0,58%
Total	90.151	

Código Verde 30-65 años		
Hora Llamado	Nº Servicios	Tasa de Uso
0 hs	234	0,17%
1 hs	160	0,12%
2 hs	128	0,09%
3 hs	141	0,10%
4 hs	195	0,14%
5 hs	369	0,27%
6 hs	1.293	0,95%
7 hs	3.916	2,88%
8 hs	6.491	4,77%
9 hs	6.648	4,88%
10 hs	5.868	4,31%
11 hs	5.104	3,75%
12 hs	4.409	3,24%
13 hs	3.569	2,62%
14 hs	2.808	2,06%
15 hs	2.498	1,83%
16 hs	2.353	1,73%
17 hs	2.573	1,89%
18 hs	2.446	1,80%
19 hs	2.197	1,61%
20 hs	1.729	1,27%
21 hs	1.157	0,85%
22 hs	623	0,46%
23 hs	407	0,30%
Total	57.316	

Código Verde 65 años o más		
Hora Llamado	Nº Servicios	Tasa de Uso
0 hs	23	0,09%
1 hs	26	0,10%
2 hs	19	0,08%
3 hs	18	0,07%
4 hs	18	0,07%
5 hs	40	0,16%
6 hs	88	0,35%
7 hs	242	0,96%
8 hs	544	2,15%
9 hs	641	2,53%
10 hs	685	2,71%
11 hs	602	2,38%
12 hs	497	1,96%
13 hs	411	1,62%
14 hs	354	1,40%
15 hs	354	1,40%
16 hs	329	1,30%
17 hs	330	1,30%
18 hs	259	1,02%
19 hs	202	0,80%
20 hs	178	0,70%
21 hs	107	0,42%
22 hs	67	0,26%
23 hs	37	0,15%
Total	6.071	

Fuente: elaboración propia.

10.10 Motivos de llamada por tipo de servicio

Tabla 37 Los primeros 10 motivos de llamada más frecuentes por cada código

	CODIGO ROJO		
	MOTIVO DE LLAMADA	Cantidad de Servicios	%
1	DIFICULTAD RESPIRATORIA	1.589	18%
2	PERDIDA DE CONOCIMIENTO	929	11%
3	DOLOR DE PECHO	902	10%
4	HIPERTENSION ARTERIAL	492	6%
5	CONFUSION / OBNUBILACION	275	3%
6	TRAUMATISMO DE MIEMBROS	256	3%
7	PALPITACIONES	237	3%
8	TRAUMATISMO DE CRANEO	223	3%
9	CAIDA DE ALTURA	199	2%
10	DOLOR EN OTROS	193	2%
	Total	8.706	100%
	CODIGO AMARILLO		
1	DOLOR LUMBAR	2.019	9%
2	DIFICULTAD RESPIRATORIA	1.863	8%
3	DOLOR EN OTROS	1.712	8%
4	HIPERTENSION ARTERIAL	1.386	6%
5	DOLOR ABDOMINAL	1.233	6%
6	MAREOS / VERTIGOS	1.232	6%
7	TOS / ESPECTORACION	1.018	5%
8	NAUSEAS / VOMITOS	863	4%
9	CEFALEA	699	3%
10	DOLOR DE PECHO	646	3%
	Total	22.332	100%
	CODIGO VERDE		
1	TOS / ESPECTORACION	27.381	18%
2	FIEBRE	23.736	15%
3	DOLOR GARGANTA (FARINGITIS)	23.458	15%
4	ESTADO GRIPAL/CONGESTION	21.181	14%
5	NAUSEAS / VOMITOS	15.193	10%
6	DIARREA	9.360	6%
7	DOLOR ABDOMINAL	5.072	3%
8	DOLOR DE OIDOS (OTALGIA)	3.965	3%
9	CEFALEA	3.580	2%
10	ERUPCION CUTANEA	3.181	2%
	Total	153.538	100%

Fuente: Elaboración propia.

10.11 Motivos de llamada de 0 a 29 años

Tabla 38 Los primeros 10 motivos de llamada más frecuentes por código

	Código Rojo 0-29 años	Total	%
1	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	142	14%
2	PERDIDA DE CONOCIMIENTO	92	9%
3	CONVULSIONES	64	6%
4	TRAUMATISMO DE CRANEO	56	5%
5	TRAUMATISMO DE MIEMBROS	56	5%
6	ACCIDENTE EN VIA PUBLICA	40	4%
7	DOLOR DE PECHO	37	4%
8	HERIDA CORTANTE	34	3%
9	INGESTION DE TOXICOS	30	3%
10	PROBLEMAS PSIQUIATRICOS	29	3%
	Total	1.040	100%
	Código Amarillo 0-29 años	Total	%
1	DIFICULTAD RESPIRATORIA	760	19%
2	TOS / ESPECTORACION	377	9%
3	NAUSEAS / VOMITOS	210	5%
4	DOLOR ABDOMINAL	203	5%
5	DOLOR LUMBAR	190	5%
6	FIEBRE	149	4%
7	MAREOS / VERTIGOS	144	4%
8	DOLOR DE PECHO	136	3%
9	CEFALEA	111	3%
10	TRAUMATISMO DE CRANEO	109	3%
	Total	4.103	100%
	Código Verde 0-29 años	Total	%
1	TOS / ESPECTORACION	20.001	22%
2	FIEBRE	17.032	19%
3	DOLOR GARGANTA (FARINGITIS)	12.825	14%
4	ESTADO GRIPAL/CONGESTION	9.562	11%
5	NAUSEAS / VOMITOS	8.202	9%
6	DIARREA	4.418	5%
7	DOLOR DE OIDOS (OTALGIA)	4.270	5%
8	ERUPCION CUTANEA	3.368	4%
9	DOLOR ABDOMINAL	2.703	3%
10	CEFALEA	2.577	3%
	Total	90.151	100%

Fuente: Elaboración propia.

10.12 Motivos de llamada de 30 a 64 años

Tabla 39 Los primeros 10 motivos de llamada más frecuentes por código

	Código Rojo	Total	%
1	DOLOR DE PECHO	421	15%
2	DIFICULTAD RESPIRATORIA	341	12%
3	PERDIDA CONOCIMIENTO	311	11%
4	HIPERTENSION ARTERIAL	131	5%
5	PALPITACIONES	90	3%
6	TRAUMATISMO	86	3%
7	MAREOS / VERTIGOS	59	2%
8	CRISIS ASMÁTICA	53	2%
9	ALT. PSIQUIÁTRICAS	53	2%
10	DOLOR ABDOMINAL	52	2%
	Total	2.784	100%
	Código Amarillo	Total	%
1	DIFICULTAD RESPIRATORIA	760	9%
2	TOS / ESPECTORACION	377	5%
3	NAUSEAS / VÓMITOS	210	3%
4	DOLOR ABDOMINAL	203	2%
5	DOLOR LUMBAR	190	2%
6	FIEBRE	149	2%
7	MAREOS / VERTIGOS	144	2%
8	DOLOR OTRAS PARTES	136	2%
9	DOLOR DE PECHO	111	1%
10	CEFALEA	109	1%
	Total	8.363	100%
	Código Verde	Total	%
1	ESTADO GRIPAL/CONGESTION	10.637	19%
2	DOLOR GARGANTA	10.202	18%
3	NAUSEAS / VÓMITOS	6.692	12%
4	TOS / ESPECTORACION	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	57.316	100%

Fuente: Elaboración propia.

10.13 Motivos de llamada de 65 y más años

Tabla 40 Los primeros 10 motivos de llamada más frecuentes por código

	Código Rojo	Total	%
1	DIFICULTAD RESPIRATORIA	1.106	23%
2	PERDIDA DE CONOCIMIENTO	526	11%
3	DOLOR DE PECHO	444	9%
4	HIPERTENSION ARTERIAL	356	7%
5	CONFUSION / OBNUBILACION	234	5%
6	CAIDA DE ALTURA	144	3%
7	PALPITACIONES+	132	3%
8	DOLOR EN...	124	3%
9	HIPOTENSION ARTERIAL	122	2%
10	DIF PARA RESPIRAR - ADULTOS	121	2%
	Total Códigos Rojos de 65 o más años	4.882	100%
	Código Amarillo	Total	%
1	DOLOR EN OTROS	1.108	11%
2	HIPERTENSION ARTERIAL	792	8%
3	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	629	6%
4	DOLOR LUMBAR	604	6%
5	MAREOS / VERTIGOS	534	5%
6	DOLOR ABDOMINAL	507	5%
7	TRASTORNOS URINARIOS	467	5%
8	TOS / ESPECTORACION	462	5%
9	MALESTAR INESPECIFICO	386	4%
10	TRAUMATISMO DE MIEMBROS	343	3%
	Total Códigos Amarillos de 65 o más años	9.866	100%
	Código Verde	Total	%
1	TOS / ESPECTORACION	1.123	18%
2	ESTADO GRIPAL/CONGESTION	982	16%
3	DOLOR EN OTROS	534	9%
4	FIEBRE	463	8%
5	DOLOR GARGANTA	431	7%
6	DIARREA	429	7%
7	NAUSEAS / VOMITOS	299	5%
8	DOLOR ABDOMINAL	246	4%
9	MAREOS / VERTIGOS	164	3%
10	MALESTAR INESPECIFICO	161	3%
	Total Códigos Verdes de 65 o más años	6.071	100%

Fuente: Elaboración propia.