



# GACETA OFICIAL

## Edición Digital

AÑO

Panamá, R. de Panamá miércoles 29 de abril de 2026

N° 30514 A

---

### CONTENIDO

---

#### SECRETARÍA NACIONAL DE ENERGÍA

Resolución N° 12  
(miércoles 29 de abril 2026)

QUE ESTABLECE TEMPORALMENTE LOS PRECIOS MÁXIMOS DE VENTA AL PÚBLICO DE ALGUNOS COMBUSTIBLES LÍQUIDOS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ.

---

#### MINISTERIO DE SALUD

Resolución N° 213  
(martes 07 de abril 2026)

QUE APRUEBA LA NORMA TÉCNICO-ADMINISTRATIVA DEL PROGRAMA DE SALUD DE PERSONAS ADULTAS MAYORES, PARA SU UTILIZACIÓN EN TODAS LAS INSTALACIONES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

---

#### FE DE ERRATA

##### CAJA DE SEGURO SOCIAL

#### FE DE ERRATA

##### CAJA DE SEGURO SOCIAL

PARA CORREGIR ERROR INVOLUNTARIO EN LA RESOLUCIÓN No. 58,568-2026-J.D. DE 14 DE ABRIL DE 2026, PUBLICADA EN LA GACETA OFICIAL DIGITAL N°.30510 DE 23 DE ABRIL DE 2026. EN EL CUADRO DE APLICACIÓN DE SANCIONES DEL REGLAMENTO INTERNO DE PERSONAL.

---



**RESOLUCIÓN No.12  
DE 29 DE ABRIL DE 2026**

Que establece temporalmente los precios máximos de venta al público de algunos combustibles líquidos en la República de Panamá

**EL SECRETARIO NACIONAL DE ENERGÍA**  
en uso de sus facultades legales,

**CONSIDERANDO:**

Que el artículo 1 de la Ley 43 de 25 de abril de 2011, reorganizó la Secretaría Nacional de Energía como una dependencia del Órgano Ejecutivo, adscrita al Ministerio de la Presidencia;

Que el artículo 27 de la Ley 43 de 25 de abril de 2011, asignó a la Secretaría Nacional de Energía las funciones, atribuciones y responsabilidades que el Decreto de Gabinete No.36 de 17 de septiembre de 2003, le otorgaba a la Dirección General de Hidrocarburos y Energías Alternativas, lo que incluye la determinación de los precios de paridad de importación de los productos derivados del petróleo;

Que mediante Decreto Ejecutivo No.31 de 28 de abril de 2026, se resolvió regular por seis (6) meses, prorrogables, los precios máximos de venta al público de algunos combustibles líquidos en la República de Panamá;

Que el Decreto Ejecutivo citado, autorizó a la Secretaría Nacional de Energía para que determine, en cada ocasión, mediante resolución de mero cumplimiento, los precios máximos de venta al público específicos de cada combustible en cada localidad, y además, para que actualice cada catorce (14) días calendario dichos precios en función de las variaciones que experimenten los precios de paridad de importación respectivos, los parámetros referenciales de los costos de fletes del transporte y márgenes razonables de comercialización para cada combustible;

Que mediante la Resolución No.MIPRE-2026-0015478 de 28 de abril de 2026, el Secretario Nacional de Energía delegó en la Licenciada Stella María Escala, Asesora Legal de la Secretaría Nacional de Energía, la dirección, supervisión y control técnico y administrativo de las actividades de esta Secretaría, durante el periodo comprendido entre el 29 y 30 de abril de 2026, por ausencia del titular;

Que en atención a las consideraciones expuestas,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1.** Establecer el precio máximo de venta al público de algunos combustibles líquidos en las ciudades de: Panamá, Colón, Arraiján, La Chorrera, Antón, Penonomé, Aguadulce, Divisa, Chitré, Las Tablas, Santiago, David, Frontera, Boquete, Volcán, Cerro Punta, Puerto Armuelles y Changuinola, en el periodo comprendido del 1 de mayo de 2026 a las seis de la mañana (6:00 a.m.), hasta el 15 de mayo de 2026 a las cinco y cincuenta y nueve de la mañana (5:59 a.m.), tal y como se detalla a continuación:



Precios máximos de venta al consumidor en estaciones de servicio de combustibles líquidos en la República de Panamá (Balboas)

Vigente del 1 de mayo de 2026 al 15 de mayo de 2026

<i>Ciudad</i>	<i>Gasolina de 95 Octanos</i>	<i>Gasolina de 91 Octanos</i>	<i>Diesel ULS</i>
	<i>Balboas por Litro</i>	<i>Balboas por Litro</i>	<i>Balboas por Litro</i>
Panamá	1.271	1.191	1.273
Colón	1.271	1.191	1.273
Arraiján	1.273	1.194	1.276
La Chorrera	1.273	1.194	1.276
Antón	1.276	1.197	1.279
Penonomé	1.279	1.199	1.281
Aguadulce	1.279	1.199	1.281
Divisa	1.279	1.199	1.281
Chitré	1.284	1.205	1.287
Las Tablas	1.287	1.207	1.289
Santiago	1.284	1.205	1.287
David	1.292	1.213	1.294
Frontera	1.294	1.215	1.297
Boquete	1.294	1.215	1.297
Volcán	1.297	1.218	1.300
Cerro Punta	1.300	1.220	1.302
Puerto Armuelles	1.302	1.223	1.305
Changuinola	1.321	1.242	1.324

Factor de Conversión: 1 galón= 3.785412 litros

**ARTÍCULO 2.** Estos precios comenzarán a regir a partir del 1 de mayo de 2026 a las seis de la mañana (6:00 a.m.), hasta el 15 de mayo de 2026 a las cinco y cincuenta y nueve de la mañana (5:59 a.m.).

**ARTÍCULO 3.** La presente resolución comenzará a regir a partir de su promulgación.

**FUNDAMENTO DE DERECHO.** Ley 45 de 31 de octubre de 2007, Ley 43 de 25 de abril de 2011, Decreto de Gabinete No.36 de 17 de septiembre de 2003 y Decreto Ejecutivo No.31 de 28 de abril de 2026.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

  
**STELLA MARÍA ESCALA V.**

Asesora legal de la Secretaría Nacional de Energía



GOBIERNO NACIONAL  
★ CON PASO FIRME ★



RESOLUCIÓN No. 213  
De 7 de ABRIL de 2026

Que aprueba la Norma Técnico-Administrativa del Programa de Salud de Personas Adultas Mayores, para su utilización en todas las instalaciones del sistema público de salud y se dictan otras disposiciones.

**EL MINISTRO DE SALUD**  
en uso de sus facultades legales,

**CONSIDERANDO:**

Que el artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá, señala que es función del Estado velar por la salud de la población, entendida ésta como el completo estado de bienestar físico, mental y social; y el individuo, como parte de la comunidad, tiene el derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla.

Que el Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, crea el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud que, por mandato constitucional, son responsabilidad del Estado y, como órgano de la función ejecutiva, tiene a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del Gobierno en el país.

Que la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada, que tiene como objetivo regular los derechos y obligaciones de los pacientes, personas sanas, profesionales, centros y servicios de salud públicos y privados en materia de información y decisión libre e informada.

Que la Ley 36 de 2 de agosto de 2016, modificada por la Ley 149 de 24 de abril de 2020 y complementada por normas como la Ley 431 de 25 de abril de 2024, constituyen el marco jurídico de protección integral para personas adultas mayores en Panamá, establece la normativa para la protección integral de los derechos de las personas adultas mayores y se consignan las responsabilidades del Estado en la modernización de las entidades involucradas en la implementación de políticas públicas orientadas hacia las personas mayores.

Que mediante la Resolución No. 927-A de 21 de julio de 2018, se adoptó la Norma Técnico-Administrativa de los Programas de Adulto y Adulto Mayor, la cual integraba en un solo cuerpo normativo la atención de ambos grupos poblacionales; sin embargo, la evolución demográfica y epidemiológica del país, el envejecimiento acelerado de la población y las nuevas necesidades de salud pública hacen necesario contar con una norma específica y actualizada para el Programa de Salud de Personas Adultas Mayores.

Que el Decreto Ejecutivo No.420 de 31 de octubre de 2018, aprueba el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque poblacional, familiar y comunitario, el cual establece como principios rectores la atención centrada en las personas, familias y comunidades, la equidad en el acceso, la continuidad del cuidado y la acción intersectorial, principios fundamentales para garantizar la atención integral de las personas adultas mayores.



Resolución No. 213 de 7 de ABRIL de 2026  
Página No.2

Que el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud Pública, ha elaborado la nueva Norma Técnico-Administrativa del Programa de Salud de Personas Adultas Mayores, incorporando enfoques de curso de vida, envejecimiento saludable, derechos humanos, intersectorialidad e innovación tecnológica.

Que corresponde al Ministerio de Salud, como ente rector del sector, garantizar que las normas técnicas se mantengan actualizadas y respondan a los compromisos nacionales e internacionales asumidos por el Estado panameño en materia de envejecimiento y salud pública.

**RESUELVE:**

**Artículo Primero:** Aprobar la Norma Técnico-Administrativa del Programa de Salud de Personas Adultas Mayores del Ministerio de Salud de Panamá, para su utilización en todas las instalaciones del sistema público de salud que ofrezcan atención primaria, secundaria o terciaria en el país, la cual se reproduce en el Anexo 1 y forma parte integral de la presente Resolución.

**Artículo Segundo:** La presente Norma será de aplicación obligatoria en todas las instalaciones del Ministerio de Salud y se implementará en coordinación interinstitucional con la Caja de Seguro Social (CSS), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), gobiernos locales y demás entidades públicas y privadas vinculadas, con el propósito de garantizar la continuidad de cuidados, la integralidad de las acciones y la protección de los derechos de las personas adultas mayores.

**Artículo Tercero:** Instruir a la Dirección General de Salud Pública, en coordinación con las Direcciones Nacionales, Regionales y Locales, para que adopten las medidas administrativas necesarias para la implementación de la presente norma, velen por su cumplimiento y actualización cada cinco (5) años.

**Artículo Cuarto:** La presente Resolución entrará a regir a partir de su promulgación.

**Fundamento Legal:** Constitución Política de la República de Panamá; Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, Ley 36 de 2 de agosto de 2016; Decreto Ejecutivo No.420 de 31 de octubre de 2018; Resolución No.012 de 13 de enero de 2014, Resolución No.927-A de 21 de julio de 2018 y Resolución No. 372 de 7 de mayo de 2019.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.**

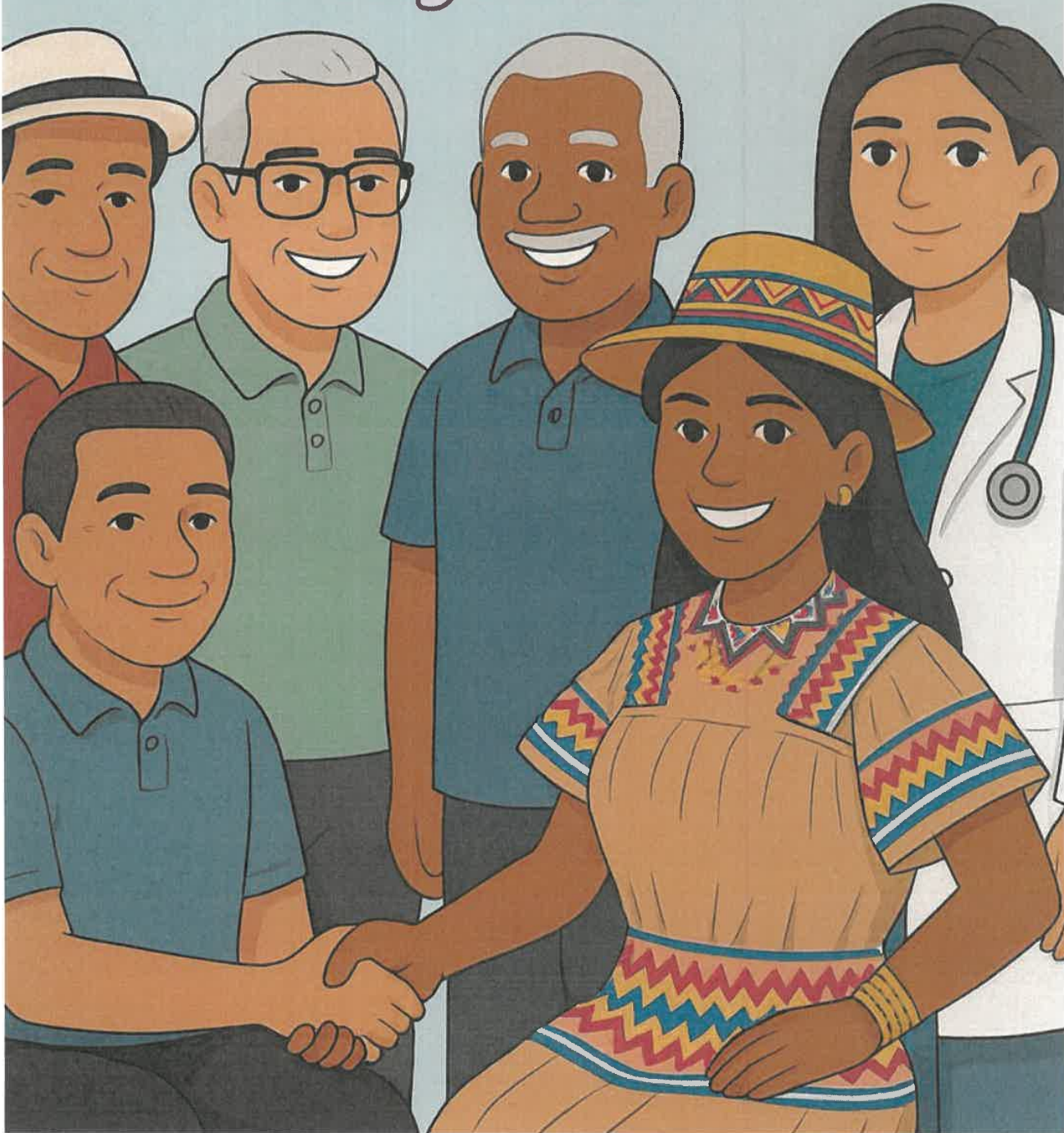
  
**FERNANDO BOYD GALINDO**  
Ministro de Salud



FIEL COPIA DE SU ORIGINAL  




# NORMA TÉCNICO ADMINISTRATIVA DEL PROGRAMA DE SALUD DE Personas Adultas Mayores



## Autoridades

### Ministerio de Salud

**Dr. Fernando Boyd Galindo**  
Ministro de Salud

**Dr. Manuel A. Zambrano Chang**  
Viceministro de Salud

**Lic. Julio Arosemena Rufz**  
Secretario General de Salud

**Dra. Yelkys Gill**  
Directora General de Salud Pública

### Caja de Seguro Social

**Mgtr. Dino Mon**  
Director de la Caja de Seguro Social

**Dr. Marcos Young**  
Director Ejecutivo Nacional de Prestaciones y Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social



## Tabla de Contenido

<b>Prólogo</b> .....	6
Acrónimos.....	8
<b>Glosario</b> .....	9
<b>Capítulo 1. Metodología para la Elaboración de la Norma</b> .....	11
<b>Antecedentes</b> .....	14
<b>Sustentación</b> .....	16
<b>Comité Técnico Elaborador</b> .....	17
<b>Colaboradores y Validadores</b> .....	17
<b>Principios y Derechos de la Norma</b> .....	20
<b>Capítulo 2. Organización del Trabajo y Responsabilidades</b> .....	21
Responsabilidades del Equipo Coordinador del Nivel Nacional.....	22
Coordinación de Enfermería del Nivel Nacional.....	24
Responsabilidades del Equipo Coordinador del Nivel Regional.....	25
Coordinación de Enfermería del Nivel Regional.....	26
Responsabilidades del Equipo Coordinador del Nivel Local.....	27
Responsabilidades de la Coordinación de Enfermería del Nivel Local.....	28
Equipo de Atención de Salud.....	29
Acciones del médico en el consultorio (intramuros).....	30
Acciones del Médico en la Comunidad (Extramuros).....	30
Terciaría (Rol de Rehabilitador).....	31
Responsabilidades de la Enfermera de Atención.....	31
Responsabilidades del Trabajador Social.....	32
<b>Capítulo 3. Planificación</b> .....	33
Etapas de la Planificación Operativa Anual (POA).....	35
Programación de Actividades.....	36
Datos requeridos en la Programación de Actividades.....	36
Calendarización de las Actividades.....	36
Asignación de Recursos.....	37
Monitoreo y Evaluación de la Programación.....	37



Rendimiento y Productividad.....	38
El uso del Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) .....	39
<b>Capítulo 4. Ética, Supervisión, Monitoreo y Estándares de Calidad</b> .....	42
Ética y Bioética .....	43
Principios éticos fundamentales .....	43
Ética del cuidado de la salud .....	43
Ética en la investigación .....	44
Promoción de una Cultura Ética .....	44
<b>Supervisión y Apoyo Técnico</b> .....	45
Estándares de Calidad del Programa de Salud de Personas Mayores.....	46
Indicadores de Resultado Clínico .....	48
<b>Capítulo 5. Participación Social e Intersectorialidad</b> .....	49
Coordinación Efectiva MINSA – CSS- MIDES.....	50
Comisión Técnica Nacional para la Promoción del Envejecimiento Saludable.....	51
Iniciativa Comunidades y Ciudades amigables con las Personas Mayores.....	53
Red de grupos de Salud de Personas Adultas Mayores.....	55
<b>Capítulo 6. Prestación de Atención de Salud</b> .....	58
Comunicación con el Paciente .....	59
Derechos y Deberes en Salud de las Personas Mayores .....	60
Servicios Orientados a Conservar la Salud .....	64
El Control de Salud.....	64
Controles en el Servicio de Salud Bucal.....	65
Listado de Laboratorios para Control de Salud .....	68
Detección de hipertensión arterial.....	71
Detección de prediabetes y diabetes mellitus .....	71
Estudios de Gabinete .....	71
Valoración Geriátrica Integral - VGI .....	73
VGI – Área Clínica .....	75
VGI – Área Funcional .....	84
VGI – Área Mental.....	86
VGI – Área social .....	88
Tamizajes.....	90
	4



El Autocuidado de la Salud .....	92
Prevención de Caídas .....	96
Visita Domiciliaria .....	98
Metas para un Estilo de Vida Saludable.....	100
Pasaporte para una Vida Saludable.....	102
Orientaciones para la Atención de Enfermedades .....	103
Gestión de la Enfermedad.....	103
Educación en Salud de Pacientes, Familiares y la Comunidad.....	105
La Receta Prolongada.....	106
Tele Consulta .....	107
Iniciativa HEARTS .....	110
La Valoración del Riesgo Cardiovascular.....	112
Referencia y Contra Referencia.....	115
<b>Capítulo 7. Servicios Diurnos Especializados para la Persona Adulta Mayor .....</b>	<b>119</b>
Centro de Día para la Persona Adulta Mayor.....	120
Centro de Atención Integral de Personas Adultas Mayores (Hogares, Asilos) .....	122
Centro de Rehabilitación Integral – REINTEGRA.....	124
<b>Anexos .....</b>	<b>126</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>148</b>



## Prólogo

La salud de las personas adultas mayores representa hoy uno de los mayores retos y oportunidades para los sistemas sanitarios en todo el mundo. En Panamá, como en muchos países de la región, somos testigos de una profunda transformación demográfica: la proporción de personas mayores de 60 años se incrementa de manera sostenida y acelerada. Este cambio, conocido como envejecimiento poblacional, refleja no sólo los avances en salud pública y desarrollo social que han permitido prolongar la esperanza de vida, sino también la necesidad urgente de adaptar nuestras políticas, servicios y enfoques a una nueva realidad social.

La transición demográfica que experimentamos se acompaña de una transición epidemiológica: las enfermedades infecciosas, que durante décadas dominaron el perfil de morbilidad, han dado paso a un predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, la multimorbilidad, la discapacidad y la fragilidad, condiciones que afectan desproporcionadamente a la población mayor. Esta transformación exige que el sistema de salud reconozca la especificidad de las necesidades de la PAM, su heterogeneidad funcional y el derecho a vivir con dignidad, bienestar y autonomía.

En este contexto, el Programa de Salud para Personas Adultas Mayores del Ministerio de Salud ha consolidado un proceso técnico riguroso, basado en evidencia científica y consulta intersectorial, que nos permite hoy presentar esta Norma Técnico Administrativa, la cual orienta la organización, prestación y gestión de los servicios de salud dirigidos a esta población. Esta norma es más que un instrumento operativo: es un compromiso institucional con el principio de equidad y con la promoción del envejecimiento saludable como un derecho humano.

El bono demográfico que alguna vez caracterizó a nuestra región se encuentra en plena transición hacia un escenario de envejecimiento acelerado. Este cambio estructural, lejos de ser una carga, representa una oportunidad si se gestiona con visión estratégica. Las personas mayores no son únicamente receptoras de servicios: son portadoras de saberes, experiencias y vínculos comunitarios que fortalecen el tejido social. Para aprovechar ese potencial, es indispensable garantizar entornos favorables, redes de cuidados accesibles y sistemas de salud integrales, adaptados y sensibles a sus realidades.

La fragilidad, como condición que incrementa el riesgo de eventos adversos en salud, debe ser identificada y abordada desde una perspectiva preventiva y proactiva. Este enfoque implica un cambio en el paradigma asistencial, que transite de la atención centrada en la enfermedad hacia un modelo centrado en la persona, con intervenciones que prioricen la funcionalidad, la participación, el autocuidado y la continuidad del cuidado. La atención al adulto mayor no puede limitarse a respuestas episódicas, sino que debe formar parte de un sistema integrado, continuo y comunitario.

Esta norma incorpora los avances más recientes en políticas públicas sobre envejecimiento, tanto en el ámbito nacional como internacional. Asimismo, se articula con los procesos que lidera la Comisión Nacional de Envejecimiento Saludable, promoviendo una respuesta multisectorial y participativa.

El Ministerio de Salud reafirma así su compromiso con el desarrollo de políticas inclusivas, sostenibles y basadas en derechos. Agradezco el trabajo del equipo técnico del Programa de Salud de Adulto Mayor,



así como el valioso aporte de profesionales de la salud, instituciones académicas, organismos internacionales y representantes de la sociedad civil que han participado en este proceso.

El envejecimiento es un logro colectivo. Nuestra responsabilidad es procurar que también sea un proceso digno, saludable y acompañado. Esta norma es una herramienta para avanzar hacia ese objetivo. Se exhorta a todos los actores del sector salud, a las instituciones del Estado y a la sociedad en su conjunto a conocerla, apropiarse de ella y, sobre todo, implementarla con el compromiso y sensibilidad que nuestra población mayor merece.



## Acrónimos

**ABVD:** Actividades Básicas de la Vida Diaria

**AIVD:** Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

**CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe

**CSS:** Caja de Seguro Social

**MIDES:** Ministerio de Desarrollo Social

**MINSA:** Ministerio de Salud

**OMS:** Organización Mundial de Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**PAM:** Persona(s) Adulta(s) Mayor(es)

**POA:** Plan Operativo Anual

**SIMEPLANS:** Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Salud

**VGI:** Valoración Geriátrica Integral



## Glosario

**Autocuidado:** La OMS define el autocuidado como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud y para prevenir enfermedades y hacerles frente con o sin el apoyo de un trabajador de la salud o asistencial.

**Casa de Día:** Sistema de estimulación integral para adultos mayores, que fomenta habilidades psicosociales a través de actividades recreativas, culturales y terapias.

**Edadismo:** Cuando se utiliza la edad para categorizar y dividir a las personas por atributos que ocasionan daño, desventaja o injusticia, y menoscaban la solidaridad intergeneracional. El edadismo adopta diferentes formas a lo largo del curso de la vida.

**Envejecimiento Saludable:** Es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional consiste en tener los atributos que permiten a todas las personas ser y hacer lo que para ellas es importante.

**Fragilidad:** La fragilidad es considerada como un estado clínico en el que el paciente presenta un mayor riesgo de evento adverso, definido como un mayor riesgo de discapacidad, dependencia, morbilidad, mortalidad, institucionalización y hospitalización. La fragilidad es un concepto dinámico, de tal forma que a «mayor fragilidad, mayor riesgo de evento adverso», por lo que su detección permitirá una toma de decisiones más adecuada a las características de la persona mayor.

**HEARTS:** Estrategia que consiste en promover la adopción de las mejores prácticas mundiales en la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares y, modificar el desempeño de los servicios a través del mejor control de la hipertensión y la promoción de la prevención secundaria con énfasis en la atención primaria de salud. (**H**ealthy- lifestyle counselling, **E**vidence-based treatment protocols, **A**ccess to essential medicines and technology, **R**isk based charts, **T**eam-based care, **S**ystems for monitoring, por sus siglas en inglés).

**Maltrato:** Acción u omisión, única o repetida, contra una persona mayor que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza.

**Negligencia:** Error involuntario o falta no deliberada, incluido entre otros, el descuido, omisión, desamparo e indefensión que le causa un daño o sufrimiento a una persona mayor, tanto en el ámbito público como privado, cuando no se hayan tomado las precauciones normales necesarias de conformidad con las circunstancias.

**Persona Adulta Mayor:** Toda persona de 60 años y más, que reside en el territorio nacional, ya sea nacional o extranjero.

**Valoración Geriátrica Integral:** Es un proceso diagnóstico multidimensional, interdisciplinario y dinámico, diseñado para identificar y cuantificar los problemas médicos, funcionales, mentales y sociales que presentan las personas mayores, con el fin de desarrollar un plan de atención coordinado e



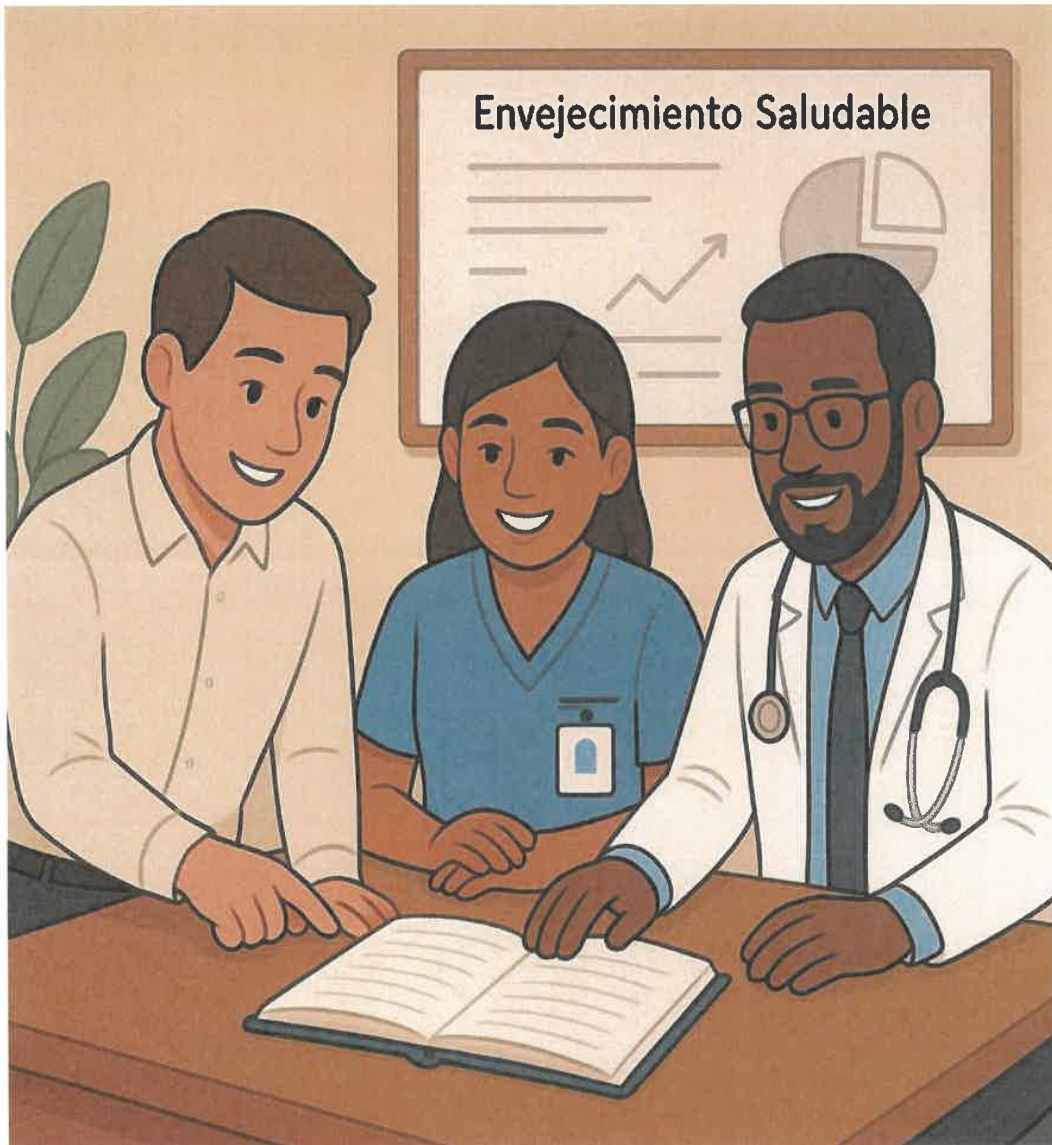
individualizado que promueva su bienestar, mantenga su autonomía y optimice el uso de los recursos de salud y sociales disponibles. Abarca la evaluación de múltiples dimensiones –biológica, funcional, psicológica, social y ambiental– e implica la participación de un equipo multidisciplinario que trabaja de manera coordinada para establecer prioridades de intervención, seguimiento y rehabilitación.

**Vejez:** Construcción social de la última etapa del curso de vida.

**Viejsmo:** Discriminación por edad en la vejez. Cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad de las personas mayores y que tengan como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada.



## Capítulo 1. Metodología para la Elaboración de la Norma



La elaboración de la presente Norma Técnico-Administrativa para el Programa de Salud de Personas Adultas Mayores del Ministerio de Salud de Panamá ha sido un proceso riguroso, participativo y multisectorial, alineado con los principios de transparencia, pertinencia técnica y enfoque de derechos. El proceso metodológico se estructuró en varias etapas secuenciales e interdependientes que permitieron garantizar la calidad, legitimidad y aplicabilidad del documento final. A continuación, se describen detalladamente cada una de estas etapas:

- **Recolección de Información para Diagnóstico:** La fase inicial del proceso consistió en la recolección de información clave sobre el estado de salud de las personas adultas mayores en el país, así como sobre el funcionamiento actual del programa y sus intervenciones. Se realizaron consultas a bases de datos nacionales, informes de evaluación de servicios, encuestas poblacionales como la Encuesta Nacional de Salud, y revisión de registros administrativos de las Regiones de Salud y de las instalaciones de atención primaria.
- **Diagnóstico de la Situación del Programa:** Con base en la información recopilada, se elaboró un diagnóstico situacional del Programa de Salud de Personas Adultas Mayores. Este diagnóstico abordó aspectos como la cobertura y accesibilidad de los servicios, calidad de atención, competencias del recurso humano, existencia de protocolos y guías, articulación intersectorial e interinstitucional, y percepción de los usuarios. También se identificaron brechas estructurales, programáticas y operativas que limitaban el alcance efectivo de la atención integral.
- **Revisión Bibliográfica:** Paralelamente, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de literatura científica, documentos técnicos y normativos emitidos por organismos internacionales como la OPS/OMS, CEPAL y Naciones Unidas, así como experiencias regionales de otros programas de envejecimiento saludable. Se incorporaron también marcos conceptuales actualizados como el enfoque de curso de vida, la perspectiva de fragilidad y la integralidad del cuidado, todos fundamentales para una norma que respondiera a los desafíos contemporáneos del envejecimiento poblacional.
- **Diálogos Interinstitucionales:** Como parte del proceso participativo, se convocaron reuniones con otras instituciones del Estado que tienen competencia directa o indirecta en la atención de las personas mayores, tales como el MIDES, CSS, Defensoría del Pueblo, y otras. Estos espacios permitieron identificar sinergias, evitar duplicidades y promover una visión integral del envejecimiento desde un enfoque de derechos, intersectorialidad y corresponsabilidad.
- **Diálogos Interdepartamentales e inter programáticos:** La interacción entre programas transversales y verticales fue clave para asegurar que la Norma no se construyera de manera aislada. Se promovieron mesas técnicas dentro del Ministerio de Salud, se organizaron sesiones de trabajo entre los diferentes departamentos de la Dirección General de Salud Pública y Dirección Nacional de Provisión de Servicios. Estas sesiones permitieron alinear la nueva norma con otras políticas en curso, articular esfuerzos con otras áreas como enfermedades crónicas, salud mental, VIH, salud sexual y reproductiva, cuidados paliativos, niñez y adolescencia, entre otros, y fortalecer la coherencia interna de la normativa institucional.
- **Diálogo con Pacientes:** Como parte del enfoque centrado en la persona, se realizaron espacios de consulta con personas adultas mayores, organizaciones comunitarias y representantes de redes de cuidadores. Estas consultas permitieron conocer sus percepciones sobre el sistema de



salud, sus necesidades y propuestas de mejora. Los testimonios recogidos fueron fundamentales para humanizar el contenido de la norma y garantizar su pertinencia social.

- **Levantamiento del Documento:** Con la información técnica y los insumos de los diferentes actores, el equipo del Programa Nacional de Salud de Personas Adultas Mayores elaboró el primer borrador de la Norma. Esta versión incluyó los principios rectores, objetivos, estructura programática, componentes de intervención, indicadores de seguimiento, y lineamientos técnico-administrativos. Se cuidó que el lenguaje fuera claro, coherente y aplicable en los distintos niveles de atención.
- **Validación del Documento:** El borrador fue sometido a un proceso de validación a través de talleres con equipos regionales de salud, profesionales de distintas disciplinas, autoridades institucionales y expertos en salud pública y envejecimiento. Esta fase permitió identificar oportunidades de mejora, aclarar conceptos, ajustar definiciones operativas y afinar las estrategias de implementación. La validación contó con un acta de cierre y sistematización de aportes.
- **Diagramación del Documento:** Una vez revisado y aprobado el contenido técnico, se procedió al proceso de diagramación del documento, asegurando una presentación visual amigable, accesible y estandarizada. Se incorporaron gráficas, tablas, recuadros, iconografías y otros elementos visuales que facilitan la lectura y el uso práctico de la norma en el terreno.
- **Revisión por Despacho Superior:** El documento diagramado fue remitido a las instancias superiores del Ministerio de Salud, incluyendo la Dirección General de Salud Pública, Dirección General de Provisión de Servicios y el Despacho Superior, para su revisión final. Esta etapa aseguró la coherencia del documento con las políticas institucionales, la visión sectorial de salud y la estrategia nacional de envejecimiento saludable. Se emitieron observaciones finales que fueron incorporadas para dar paso a su aprobación formal.
- **Resolución Ministerial:** Concluido el proceso de revisión, se elaboró la Resolución Ministerial que aprueba formalmente la Norma Técnico-Administrativa, dotándola de respaldo legal y directivo. La Resolución fue firmada por el Ministro de Salud y registrada oficialmente, permitiendo su difusión y aplicación obligatoria en todos los niveles de atención del sistema público de salud.
- **Lanzamiento de la Norma:** Finalmente, se realizó un acto público de lanzamiento de la Norma, con participación de autoridades, profesionales de salud, representantes de la sociedad civil, organismos internacionales y medios de comunicación. Este evento marcó el inicio de la fase de implementación nacional, acompañada de un plan de capacitación, monitoreo y actualización permanente. La divulgación también incluyó materiales impresos y digitales para facilitar su uso en el territorio.

Este proceso metodológico evidencia el compromiso institucional con la construcción de una norma integral, participativa y basada en la evidencia, orientada a mejorar la calidad de vida y la autonomía de las personas adultas mayores en Panamá.



## Antecedentes

Panamá ha atravesado transformaciones sustanciales en su perfil demográfico, epidemiológico y sanitario en las últimas décadas, marcadas por un acelerado proceso de envejecimiento poblacional, cambios en los patrones de enfermedad, y una creciente demanda por servicios de salud integrales, continuos y centrados en las personas. Estos desafíos han exigido una evolución en los marcos normativos y operativos del sistema nacional de salud, que se refleja en la adopción de nuevos enfoques y modelos que reconozcan la salud como un proceso integral, influido no solo por factores biológicos, sino también por determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales.

En el año 2018, se aprobó mediante Decreto el Modelo de Atención en Salud con enfoque en la población y el ambiente, un documento rector que marcó un punto de inflexión en la orientación del sistema sanitario panameño. Este modelo reconoce que el enfoque biomédico tradicional es insuficiente para abordar de manera efectiva las necesidades de salud actuales, e impulsa una visión centrada en la persona, la familia, la comunidad y el entorno, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el abordaje integral del ciclo de vida. A través de esta estrategia, se propone una atención articulada, resolutive y culturalmente adecuada, que prioriza el acceso equitativo a los servicios y la participación de los usuarios en la construcción de su bienestar.

Este nuevo enfoque vino acompañado del diseño y validación del modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en 2019, como una estrategia de organización de la prestación de servicios que rompe con la fragmentación y segmentación del sistema. Las RISS buscan garantizar una atención continua, eficiente y de calidad, mediante la articulación de todos los niveles de atención, la gestión territorial de los recursos y la incorporación efectiva del primer nivel de atención como eje articulador de las respuestas en salud. Esta lógica de redes cobra especial relevancia para el abordaje de la población adulta mayor, que requiere un sistema capaz de acompañar trayectorias prolongadas de atención, con múltiples condiciones crónicas, necesidades de apoyo funcional y seguimiento interdisciplinario.

En el contexto del envejecimiento de la población panameña, las personas mayores representan un grupo prioritario cuya atención requiere marcos normativos específicos. En 2018, se elaboraron las Normas Técnico Administrativas del Programa Nacional de Salud de Adulto y Adulto Mayor, que consolidaban en un solo documento las directrices para la atención integral para estos grupos poblacionales. Si bien estas normas representaron un avance significativo en su momento, el abordaje conjunto de estas dos etapas del curso de vida presentaba limitaciones importantes para responder a las particularidades, vulnerabilidades y oportunidades del envejecimiento.

Previo a estas normas, el país se regía por las Normas Integrales de Atención de la Población y el Ambiente de 1999, que contenían lineamientos generales enmarcados en una concepción de salud pública con fuerte énfasis en la prevención y el control de enfermedades, pero sin una estructura específica orientada a las nuevas realidades demográficas y epidemiológicas del siglo XXI. Estas normas sirvieron como punto de partida para la evolución normativa posterior, pero resultaban insuficientes para abordar el enfoque de curso de vida, la promoción del envejecimiento saludable, y los derechos humanos de las personas mayores.



Frente a este escenario, y ante la necesidad impostergable de adecuar las respuestas del sistema de salud al fenómeno del envejecimiento poblacional, el Ministerio de Salud ha emprendido la elaboración de una nueva Norma del Programa Nacional de Salud para Personas Adultas Mayores, como parte de una estrategia institucional para garantizar la atención integral, oportuna, digna y continua de este grupo poblacional. Esta norma específica constituye un hito técnico y político que reconoce a las personas mayores como sujetos de derechos y protagonistas activos del desarrollo, alejándose de los enfoques asistencialistas y fragmentados.

La nueva norma se alinea con los compromisos internacionales de Panamá en el marco de la Estrategia y Plan de Acción sobre el Envejecimiento Saludable de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Década del Envejecimiento Saludable 2021–2030 de las Naciones Unidas, y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Además, responde a la Estrategia Nacional para la Promoción del Envejecimiento Saludable con Enfoque de Curso de Vida 2024–2029 recientemente adoptada por el país.

En este marco, la nueva norma busca brindar un marco técnico–operativo actualizado para orientar la implementación, supervisión y evaluación de las intervenciones del Programa de Salud de Personas Adultas Mayores, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los equipos de salud en todos los niveles del sistema. Asimismo, promueve el desarrollo de servicios que fomenten la autonomía, la participación, el cuidado, la protección y la dignidad de las personas mayores, a la vez que articula acciones con otros sectores para garantizar un entorno protector y facilitador del envejecimiento saludable.

En suma, los antecedentes de esta norma reflejan un proceso de maduración institucional en la comprensión del envejecimiento como un fenómeno estructural que requiere respuestas sostenidas, coherentes y basadas en evidencia. La formulación de esta norma no solo representa un paso técnico fundamental, sino también un acto de compromiso con la equidad, la justicia social y el reconocimiento de la vejez como una etapa plena de la vida.



## Sustentación

Por medio de las Normas Técnico- Administrativas para la Atención de las Personas Adultas Mayores, se promueve la equidad en el acceso a los servicios, independientemente del lugar de residencia o condición socioeconómica, facilita una coordinación entre los diferentes actores involucrados en la atención de las personas adultas mayores (gobierno, instituciones de salud, organizaciones sociales, etc.), evitando duplicidades y asegurando una atención articulada e integral.

Por medio de la promoción de los derechos y principios de atención avocados en el presente documento, se promueven prácticas de atención que faciliten un tratado con dignidad y respeto.

De igual forma, esta norma, promueve y estimula la mejora continua de los servicios ofertados para la atención de las personas adultas mayores, a través de la supervisión, evaluación y actualización periódica de la planificación del trabajo, de los profesionales y de los servicios de salud que se deben brindar para promover el bienestar de la población adulta mayor.

Para cumplir a cabalidad con lo plasmado en este escrito, se hace imperante el empoderamiento de las personas adultas mayores, por medio del fomento de una participación en la toma de decisiones sobre su propia atención y promoviendo su autocuidado.

La presente Normas Técnico-Administrativas para la Atención de la Persona Adulta Mayor, es un instrumento esencial para que las personas adultas mayores disfruten de una atención de calidad, equitativa y respetuosa.



## Comité Técnico Elaborador

### Sección de Salud de Adulto Mayor

**Mgtr. Diana E. Varela F.**

Jefa de la Sección de Salud de Adulto Mayor

**Dr. Francisco J. Lara A.**

Médico de la Sección de Salud de Adulto Mayor

**Mgtr. Marlene I. Ansola F. de Henríquez**

Coordinadora Nacional de Enfermería de la Sección de Salud de Adulto Mayor

**Dr. Félix H. Correa D.**

Médico de la Sección de Salud de Adulto Mayor

## Colaboradores y Validadores

### Departamento de Salud y Atención Integral a la Población

Dr. Israel Cedeño

Sección de Salud de Adulto

Dra. Jisela Ibarra

Licda. Irma A. Natis E. (Enfermería)

Sección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia

Dra. Sonia Trujillo

Lic. Dora Polanco (Trabajo Social)

Sección de Salud Mental

Dr. Ricardo Goti

Sección de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Geneva González

Dra. Kimberly González

Sección de Cuidados Paliativos

Dr. Gaspar Da Costa



Sección de Control de la Tuberculosis

Dr. Edwin Aizpurua

Sección de ITS/VIH/SIDA

Dr. Johnny Castillo

#### Departamento de Enfermedades No Transmisibles

Dra. Elsa Arenas (Jefa)

Dr. Miguel Jordán

Dr. Jaime González

Dr. Ambar Lee

#### Dirección de Promoción de la Salud

Dra. Oris Iglesias (Directora)

#### Dirección de Planificación - Departamento de Planificación de Salud de la Población

Dra. Dayra Ibáñez

#### Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Lic. Zoila Guardia - Departamento de Trabajo Social

Dr. Humberto Vanegas - Departamento de Modelo de Gestión

Lic. Dayris Conte - Departamento de Salud Nutricional

#### Región de Salud de Los Santos

Dra. Emylys Oliva. - Coordinadora del Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor del Centro de Salud Virgilio Moreno

#### Caja de Seguro Social

Dr. Hiram Martin De Mera - Sub Dirección de Atención Primaria en Salud

Dr. Aquiles Aguilar (Jefe) - Programa Nacional de Pensionados, Jubilados, Tercera Edad y SADI

Lic. Martina Marín - Programa Nacional de Pensionados, Jubilados, Tercera Edad y SADI

Lic. Anita Rodríguez (Coordinadora) - Programa de Jubilados y Pensionados

Dra. Anneth Alberda - Geriatra y Gerontóloga de la Caja de Seguro Social

Dra. Milagros Ortiz - Geriatra y Gerontóloga de la Caja de Seguro Social

#### Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (IGORGAS)

Dra. Beatriz Gómez

#### Coordinación de Adulto Mayor del Ministerio de Desarrollo Social

Lic. Marisel Ríos (Jefa)

Lic. Roxana Hurtado



**Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud**

Dra. Ileana Brea (Punto focal de Familia, Promoción y Curso de Vida)

Mgter. Elka González

**Fondo de Población de las Naciones Unidas**

Lic. Edith Castillo

Dra. Edilma Berrio

Lic. Zagrardo Pérez

**Federación Nacional de Asociaciones de Enfermedades Críticas, Crónicas y Degenerativas**

Lic. Enma Pinzón de Torres

Lic. Aura Coronel

Lic. Massiel Oro

**Federación Nacional de Asociaciones de 3era Edad**

Lic. Zoraida Calderón (Presidenta)

**Colegio Médico de Panamá**

Dra. Raquel G. de Mock (Presidenta)

**Asociación Nacional de Enfermeras**

Lic. Indira Delgado

**Asociación Panameña de Fisioterapia y/o Kinesiología**

Lic. Nitzia González (Presidenta)

**Sociedad Panameña de Salud Pública**

Dra. Maritza Ortega (Presidenta)

**Sociedad Panameña de Geriatría**

Dra. Ana Britto (Presidenta)



## Principios y Derechos de la Norma

**Autonomía:** La persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos.

**Dignidad:** Todas las personas deben ser respetadas como tales y tienen el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población.

**No discriminación:** Todas las instalaciones de salud pública y privada están obligadas a prestar los servicios de salud sin discriminación por razón de etnia, nacimiento, discapacidad, clase social, edad, género, religión o ideas políticas.

**Participación:** La persona mayor tiene derecho a la participación productiva, plena y efectiva dentro de la familia, la comunidad y la sociedad para su integración en todas ellas.

**Solidaridad:** Es deber del Estado implementar planes, programas y proyectos protección social que faciliten niveles básicos de bienestar para toda la población, incluyendo los cuidados.

**Universalidad:** El Estado reconoce el derecho de todas las personas que se encuentren en el territorio nacional, de acceder a servicios de salud de calidad, en función de sus necesidades.



## Capítulo 2. Organización del Trabajo y Responsabilidades



## Responsabilidades del Equipo Coordinador del Nivel Nacional

1. Elaborar conjuntamente con el equipo técnico del nivel regional, en coordinación con los programas de curso de vida, las normas, guías de manejo, protocolos y procedimiento técnicos para la atención integral de salud y enfermedades de la población mayor basado en el modelo de atención de salud vigente.
2. Ejecutar normativas y políticas públicas vinculadas a las personas mayores de manera conjunta con las áreas técnicas correspondientes del Ministerio de Desarrollo Social y Caja de Seguro Social, en torno a objetivos comunes y metas compartidas como lo es la mejora de la salud pública, la cobertura social y el bienestar de las personas mayores, respetando las funciones de cada actor en los aspectos sociales y de salud.
3. Asesorar al personal técnico de los niveles regionales y locales de salud, otras instituciones del estado y privadas, Organizaciones no gubernamentales y sociedad civil, en la aplicación y cumplimiento de las normas, guías de manejo, protocolos y procedimientos de Salud Integral de personas mayores.
4. Participar en la elaboración y desarrollo del presupuesto, de los planes y proyectos relacionados con la atención de salud integral de la persona mayor.
5. Revisar y validar permanentemente, en base a evidencia científica las normas, guías de manejo, protocolos y procedimientos jurídicos y técnicos para la atención integral de las personas mayores.
6. Supervisar, vigilar, evaluar y dar seguimiento a acuerdos de mejora en forma periódica sobre cumplimiento de las regulaciones sanitarias de la población adulta mayor, según los lineamientos y Políticas de Salud.
7. Planificar el Plan Operativo Anual (POA) y evaluar su cumplimiento anual.
8. Participar en la coordinación interprogramática para el logro de objetivos conjuntos de atención a la población.
9. Organizar las comisiones de trabajo de los expertos en la prevención de las enfermedades y la conservación de la salud de las personas mayores.
10. Monitorear conjuntamente con el equipo técnico regional, el avance de las actividades relacionadas a la atención integral de personas mayores en cuanto a la calidad, resultados y oportunidades.
11. Participar en la coordinación de comisiones relacionadas con la salud de la persona mayor, como la Comisión para la promoción del Envejecimiento Saludable, Comisión de Enfermedad Renal, Comisión de Enfermedades Desatendidas, Comisión Técnica de Seguridad del paciente, etc.
12. Velar que los programas de formación de cuidadores formales e informales de personas mayores cumplan con los requisitos establecidos para ofrecer programas de capacitación de alta calidad.
13. Fortalecer las capacidades de los cuidadores y garantizar la protección de los derechos de las personas mayores.
14. Promover y coordinar la elaboración de material educativo para la prevención de enfermedades de la persona mayor, dirigidos al individuo, su familia y la comunidad.
15. Participar cuando se convoque, en la Sala de Situación para las Enfermedades Transmisibles que coordina el departamento de Epidemiología.



16. Participar en la promoción de vocerías de temas de salud pública relacionados con las personas mayores.
17. Fomentar, consolidar, articular y potenciar los espacios comunitarios autogestionados y organizados por personas mayores (Grupos de Personas Mayores) en todo el territorio nacional.
18. Desarrollar los mecanismos para fomento y reconocimiento de las iniciativas del sector privado que contribuyen a la creación de entornos físicos, sociales y culturales que promuevan la salud, el bienestar de las personas mayores, así como las buenas prácticas y programas innovadores que incorporen la inclusión y participación de las personas mayores.
19. Visibilizar y valorar las contribuciones significativas de las personas mayores en la sociedad, promoviendo una imagen positiva del envejecimiento y fomentando su participación en la vida comunitaria mediante la "Medalla PM" en coordinación con la Dirección de Promoción.
20. Fomentar en coordinación con la Dirección de Asuntos Internacionales y Cooperación técnica, la cooperación internacional en cuanto al diseño de políticas públicas, planes, estrategias y legislación, y el intercambio de capacidades y recursos para ejecutar planes de salud para la persona mayor y su proceso de envejecimiento.
21. Desarrollar iniciativas para motivar un cambio en la percepción y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento dirigidas a combatir el edadismo, en coordinación con la Dirección de Promoción de la Salud.
22. Fomentar el desarrollo de investigaciones sobre envejecimiento saludable y digno, salud y bienestar, edadismo, determinantes sociales, enfermedades y condiciones relacionadas con la edad como la demencia.
23. Promover la creación de ciudades y comunidades amigables adaptadas a las personas mayores, con participación de las personas mayores y otras partes interesadas, como el sector privado y la sociedad civil, en el diseño de los programas en coordinación con la Dirección de Promoción de la salud.
24. Recopilar, analizar y difundir datos relacionados con el envejecimiento y acceso a los servicios de salud, así como aspectos de gestión pertinentes.
25. Fomentar el uso de tecnología digital segura, asequible y eficaz en la atención integrada.



### Coordinación de Enfermería del Nivel Nacional

1. Planificar y apoyar las acciones para el desarrollo del Programa de Salud de Personas Mayores junto al equipo coordinador nacional.
2. Colaborar con la Dirección Nacional de Enfermería y otras direcciones, las acciones que contribuyan al fortalecimiento del programa.
3. Mantener comunicación con la Dirección Nacional de Enfermería sobre el desarrollo y avances del programa en su componente de Enfermería.
4. Coordinar actividades específicas con otros programas para desarrollar acciones conjuntas en beneficio del programa.
5. Programar y monitorear en coordinación con el equipo nacional, la ejecución de actividades específicas en la Programación Operativa Anual del Programa.
6. Participar en reuniones de trabajo del equipo Coordinador Nacional del Programa.
7. Mantener comunicación efectiva con los coordinadores regionales, brindando información actualizada y pertinente, aclarando dudas y notificando temas de interés.
8. Realizar reuniones periódicas con los coordinadores regionales del programa, a fin de evaluar el logro de los objetivos, dar seguimiento a sus avances y realizar actualizaciones en temas variados.
9. Supervisar, monitorear y evaluar con el equipo, el programa de salud dirigido a la Persona Adulta Mayor, a los niveles regionales y de apoyo a los distritales y/o locales según necesidad.
10. Participar junto a los otros miembros del equipo nacional, niveles regionales y MIDES, de las supervisiones a los Centros de Atención Integral para las Personas Adultas Mayores (CAIPM), en caso necesario.
11. Participar en reuniones técnicas administrativas del programa a nivel nacional e internacional.
12. Promover y elaborar programas o proyectos para la prevención y control de la persona adulta mayor dirigidos al individuo, su familia y comunidad.
13. Gestionar la confección, elaboración y distribución del material educativo para uso en las regiones de salud.
14. Promover y brindar asesoría para la investigación científica en el programa de Salud de Personas Mayores.
15. Organizar y participar con el equipo en actividades de capacitación dirigidas a Enfermería y al equipo multidisciplinario.
16. Gestionar la inclusión de los códigos de diagnósticos de Enfermería en la base de datos del SEIS para uso de las enfermeras.
17. Promover con organismos internacionales u otras instituciones, la consecución de espacios que permitan el desarrollo de capacidades del equipo de enfermería para la atención de la persona adulta mayor.



## Responsabilidades del Equipo Coordinador del Nivel Regional

1. Cumplir y hacer cumplir las Normas Técnico Administrativas Nacionales junto con el equipo regional adaptándose a las características socioculturales y económicas de su ámbito.
2. Elaborar el análisis de la situación de salud regional de las personas adultas mayores, identificando y priorizando sus necesidades.
3. Planificar el Plan Operativo Anual (POA) y evaluar su cumplimiento anual acorde al Análisis de Situación de su región.
4. Promover y fortalecer la capacitación continua de los equipos multidisciplinarios locales de salud.
5. Llevar a cabo coordinación intersectorial con los sectores sociales: MIDES, MEDUCA, MEF, MICI, MP, SENADIS, municipios, juntas comunales, iglesias, ONG's, organizaciones de personas adultas mayores etc., con el fin de promover el desarrollo integral de las personas mayores, el respeto, divulgación de los derechos ciudadanos, educación para la salud, uso del tiempo libre y otros.
6. Supervisar, monitorear y evaluar las actividades del Programa de Salud de Personas Mayores en el ámbito regional.
7. Supervisar y darle seguimiento al correcto uso del expediente electrónico de los niveles locales.
8. Informar semestralmente a la coordinación nacional del programa de salud de personas mayores y al director regional las actividades a desarrollar.
9. Llevar registro mensual de las actividades del nivel local y rendir informe al nivel nacional por medio electrónico.
10. Coordinar la obtención de material, papelería y formatos específicos para el programa y manejo de la información para suplir a los niveles locales.
11. Promover una adecuada comunicación con los diferentes niveles y programas de salud.
12. Promover la adecuada ejecución del programa en cada instalación.
13. Coordinar el proceso de auditoría de expedientes que se llevará a cada médico, enfermera(o) y trabajador(a) social que forma parte del equipo de atención de la persona adulta mayor.
14. Apoyar al equipo local en asesoría y logística para el desarrollo de actividades relacionadas con ENT.
15. Asesorar a cada instalación de salud sobre sus actividades de atención, educación, procesamiento de información y metodología de trabajo (Programación local).
16. Promover la participación del nivel local en actividades docentes programadas por el nivel nacional.
17. Coordinar con la Unidad Docente Regional (UDR) las actividades de capacitación del programa.
18. Gestionar y distribuir material educativo dirigido al equipo de salud y comunidad.
19. Promover la participación comunitaria en la ejecución del programa.
20. Apoyar o realizar investigaciones epidemiológicas para identificar factores de riesgo.
21. Promover y participar en actividades de investigación a nivel local, regional, nacional, institucional e intersectorial dirigida personas mayores.
22. Brindar asesoría a todo el equipo interdisciplinario y a la comunidad sobre normas y acciones del programa.
23. Mantener coordinación y comunicación con la Dirección Regional, Departamentos y Programas Regionales, a fin de promover el desarrollo efectivo del programa y gestionar el apoyo integral del equipo regional cuando así lo requieran.



### Coordinación de Enfermería del Nivel Regional

1. Verificar la implementación de las normas, el uso de los manuales y de las guías que surgen del nivel nacional, en el nivel local, según la disponibilidad de recursos.
2. Organizar con la Coordinación Nacional de Enfermería, con el director regional o jefe de salud pública, otros miembros del equipo nacional, regional y local, así como con otros programas y/o departamentos, lo concerniente al desarrollo del programa.
3. Planificar, supervisar, monitorear y evaluar las acciones locales en el desarrollo de los programas de Salud de Personas Mayores.
4. Capacitar a la enfermera nueva en el programa y mantener actualizado al personal de enfermería en los distintos componentes del programa.
5. Apoyar las acciones programadas por el nivel local.
6. Participar en la elaboración de la Programación Operativa Anual Regional del programa y tener a su cargo la asignación como responsable en algunas de las actividades que se establezcan.
7. Coordinar intra y extra sectorialmente las actividades que se desarrollen para la atención de la persona adulta mayor a nivel local.
8. Organizar con el equipo regional del programa y otros, actividades educativas para ser ejecutadas por los equipos multidisciplinarios en el nivel local.
9. Coordinar con el Equipo de Salud regional, la participación de los Niveles locales en la Promoción en Salud.
10. Participar junto a los otros miembros del equipo regional, niveles locales y MIDES, las supervisiones a los Centros de Atención Integral para las Personas Adultas Mayores (CAIPM), en caso necesario.
11. Comunicar a los niveles locales la información actualizada y pertinente recibida del nivel nacional.
12. Asesorar a los niveles locales.
13. Informar trimesmente al Nivel Nacional sobre las actividades desarrolladas para el logro de los indicadores según la Guía de atención.
14. Realizar y participar en Investigaciones científicas en los programas de salud de la persona adulta mayor.
15. Consensuar, establecer y actualizar bases de datos digitales que faciliten la captación de datos para los informes utilizados.



## Responsabilidades del Equipo Coordinador del Nivel Local

1. Coordinar el análisis del programa de Salud de Personas Mayores.
2. Elaborar el POA local del Programa de Salud de Personas Mayores, en conjunto con Enfermería, Trabajo Social, Educación para Salud, Odontología, Farmacia, Ambiente, Vectores, Laboratorio, Promotores (los recursos humanos locales disponibles) para planeamiento de actividades intra y extramuros.
3. Ejecutar las actividades establecidas en los planes regionales y nacionales.
4. Brindar atención de calidad a las personas adultas mayores, según los lineamientos establecidos en la norma de atención del programa.
5. Recopilar y analizar periódicamente información sobre las necesidades de atención de las personas mayores.
6. Llevar a cabo coordinación intersectorial con otras instituciones públicas y privadas para el logro de objetivos conjuntos. (Junta comunal, grupos de tercera edad, Iglesias, organizaciones civiles, universidades, MEDUCA, empresas, etc.,)
7. Desarrollar actividades de monitoreo y evaluación con la finalidad de orientar acciones y reprogramar en base a las coberturas alcanzadas y las metas programadas.
8. Vigilar que se ejecuten las acciones, se apliquen procedimientos (llenado de historias, infraestructura, equipamiento) para la atención de las personas mayores como ha sido establecido.
9. Implementar estrategias y actividades preventivas interdisciplinarias del programa como tamizajes, búsqueda activa de casos en las comunidades, identificar sectores de vulnerabilidad.
10. Implementar acciones educativas dirigidas a las personas mayores, sus familiares, cuidadores y la comunidad.
11. Capacitar al equipo básico local en las normas y procedimientos del programa
12. Elaboración de informes semestrales solicitados por el nivel regional y de las actividades realizadas con el equipo local de salud para cumplimiento de la norma.
13. Coordinar las auditorías médicas de expediente clínicos de los niveles locales.
14. Realizar reuniones periódicas con el equipo interdisciplinario para evaluar acciones y reflexionar al respecto como política para mantener la calidad del programa.
15. Promover y desarrollar investigaciones sobre envejecimiento saludable y digno, salud y bienestar, edadismo, determinantes sociales, enfermedades y condiciones relacionadas con la edad como la demencia.
16. Coordinar la atención grupal de pacientes crónicos diabéticos, hipertensos, obesidad, etc., con el resto del equipo.
17. Brindar información a la coordinación de la Unidad Docente Local sobre necesidades de actualización.
18. Coordinar con otras instituciones y grupos comunitarios organizados las acciones de promoción y prevención prioritarias según el diagnóstico situacional.



### Responsabilidades de la Coordinación de Enfermería del Nivel Local

1. Ejecutar las Normas y guías del programa, con calidad y calidez.
2. Coordinar con la Coordinación Regional de Enfermería, otros miembros del equipo regional, así como con la dirección médica, otros programas y/o departamentos, lo concerniente al desarrollo del programa.
3. Programar, ejecutar y evaluar en conjunto con el equipo multidisciplinario las actividades de promoción, prevención y atención en la persona adulta mayor.
4. Realizar actividades de atención integral, control, curación y rehabilitación a la población sana o con morbilidad aguda o crónica.
5. Realizar evaluación geriátrica integral, con estratificación del riesgo, durante los controles de salud y atención.
6. Realizar actividades educativas dirigidas a la persona adulta mayor, sus familiares y comunidad.
7. Participar en la elaboración de la Programación Operativa Anual Local del programa y tener a su cargo la asignación como responsable en algunas de las actividades que se establezcan.
8. Coordinar con el equipo de salud, grupos comunitarios organizados e instituciones dentro de la comunidad, actividades de promoción y prevención.
9. Efectuar seguimiento de casos,
10. Preparar y entregar informes según se haya establecido.
11. Participar en reuniones de coordinación con el equipo de salud.
12. Participar en las auditorias del expediente clínico (físico y electrónico).
13. Participar junto a los otros miembros del equipo local y MIDES, de las supervisiones a los Centros de Atención Integral para las Personas Adultas Mayores (CAIPM).
14. Participar y realizar investigaciones.
15. Realizar diagnóstico de la situación de salud dirigido a la persona mayor.
16. Realizar evaluaciones de proceso con base en resultados.
17. Organizar grupos de adultos mayores para la promoción del envejecimiento saludable, de acuerdo con la capacidad instalada, con apoyo del resto del equipo de salud local.



## Equipo de Atención de Salud

El equipo local de salud es la base para la ejecución de todas las actividades de las unidades del primer nivel de atención. Su composición varía de acuerdo con el recurso humano que disponga cada unidad local de atención. Idealmente debería estar compuesto por personal de:

- Medicina
- Enfermería
- Trabajo social
- Odontología
- Nutrición
- Farmacia
- Psicología

Sin embargo, dado el carácter comunitario del equipo de salud del primer nivel, desarrollaremos las funciones y características de tres integrantes fundamentales de este equipo: personal médico, de enfermería y trabajo social.

El **médico general** es el profesional representativo del primer nivel de atención en el modelo de la Atención Primaria Renovada, ya que los pacientes tienen acceso directo a él y sobre su consulta recaen las siguientes responsabilidades:

1. Brindar un trato humanizado, con calidad, calidez y eficiencia a el usuario del sistema de salud.
2. Prestar una atención continua y completa, a los usuarios del sistema de salud programados o por demanda espontánea. Dicha atención debe ser tanto preventiva como curativa tomando en cuenta las determinantes sociales, los factores de riesgo, incluyendo además la rehabilitación y el cuidado paliativo
3. Indicar tamizajes para la detección precoz de los procesos mórbidos en etapa preclínica.
4. Elaborar la historia clínica completa incluyendo el examen físico y la valoración geriátrica integral.
5. Realizar la prescripción del tratamiento correspondiente a los hallazgos clínicos y al perfil individualizado del paciente.
6. Ofrecer recomendaciones educativas o consejerías al paciente, familiar y/o cuidador.
7. Realizar docencia en servicio dirigido las personas mayores, familia, sus cuidadores y la comunidad
8. Realizar docente a las futuras generaciones de médicos.
9. Trabajo en equipo para el cumplimiento de metas de programas.
10. Colaborar con los sistemas de registro e información, la gestión de recursos, administración sanitaria y la garantía de calidad.
11. Participar junto a otros miembros del equipo de salud, de las visitas domiciliarias, según demanda recibida.
12. Colaborar en la organización y seguimientos de grupos organizados de personas adultas mayores de la instalación.
13. Participar (o coordinar) en reuniones del programa para colaborar con las acciones de mejoras en el desarrollo del programa.



### Acciones del médico en el consultorio (intramuros)

En el consultorio de la consulta externa y de la consulta rápida, el médico ofrecerá consulta médica basado en una relación médico-paciente de participación mutua sobre la que median los principios bioéticos, los derechos humanos y la dignidad de la persona.

El médico aplica la historia completa orientada a la detección de factores de riesgo y la aplicación de tamizajes basados en la evidencia. Esta es una consulta de continuidad y a largo plazo; el expediente deberá ser actualizado con el llenado de una historia clínica nueva cada tres años. En las personas mayores de 60 años se aplica la sección de evaluación geriátrica anual. Las hojas de evolución para visitas subsiguientes deberán contener los tamizajes por factores de riesgo.

#### Consulta Externa (Cita Programada)

- Realiza procedimientos como examen físico completo (toma de presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, perímetro abdominal y temperatura), valoración geriátrica integral, aplica tamizajes y refiere a los programas de apoyo según sea el caso.
- Realiza evaluaciones especiales según sea el caso y comorbilidades, como la prueba de monofilamento al paciente diabético, otoscopia u oftalmoscopia.
- Ordena pruebas de laboratorio y exámenes de gabinete según sea la condición del paciente y el problema identificados.
- Categoriza a los pacientes evaluados según la estratificación del riesgo.
- Realiza consejerías al paciente, estandarizadas basadas en el Pasaporte para una Vida Saludable, de acuerdo con el diagnóstico y la lista de problemas identificados en las esferas biológica, psicológica y social.
- Consultas de seguimiento programadas de acuerdo con norma.
- Realiza el diagnóstico de las afecciones más frecuente a nivel primario.
- Refiere a instalaciones de mayor complejidad a aquellos pacientes que lo ameriten.
- Apoyo al familiar y atención domiciliaria.
- Utiliza los códigos de atención primaria para los diagnósticos según la codificación internacional de enfermedades vigente.

### Acciones del Médico en la Comunidad (Extramuros)

#### Promoción de Salud

Las acciones del médico del primer nivel de atención, además de clínicas, son de promoción de salud y esencialmente participando en equipos (interprofesionales) o de manera individual en actividades dirigidas a mejorar las condiciones socio ambientales, la concientización de personas, de grupos y de la comunidad en general para el mejoramiento de problemas relacionados con el proceso de salud – enfermedad.

El profesional médico participará en educación sanitaria dentro de la comunidad sobre higiene, seguridad alimentaria, recreación, prevención de accidentes, drogadicción, enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles entre otras; al igual que en acciones encaminadas a promover la organización comunitaria,



la participación social, el diagnóstico de salud y el abordaje Inter programático e intersectorial de problemas de salud pública.

#### La búsqueda activa

De factores de riesgo extramuros o de morbilidad oculta en grupos vulnerables de la comunidad, mediante la aplicación de tamizajes, es una estrategia de protección específica en la que el médico actuará para la prevención y el diagnóstico oportuno de enfermedades consideradas como problemas de salud pública por su magnitud e impacto en la calidad de vida, como son la diabetes, enfermedad renal, hipertensión, síndrome metabólico, obesidad, osteoporosis y la tuberculosis, para las cuales existen abordajes y tratamiento costo-efectivos.

#### Visita domiciliaria programada

La protección de las PAM's dependientes, la enfermedad crónica terminal y el cuidado paliativo, según los lineamientos establecidos en la Guía Metodológica y Orientaciones técnicas sobre visita domiciliaria.

#### Terciaria (Rol de Rehabilitador)

Estas medidas se aplican cuando la enfermedad ha progresado hasta sus últimos estadios y se ha llegado al defecto o incapacidad. Estas acciones pueden evitar incapacidad completa y el derrumbe psicológico y deberán promover la incorporación a una vida social lo más cercana posible a la normalidad.

Referir al paciente que lo amerite a Centros de Medicina Física y Rehabilitación para sus respectivas terapias (física-ocupacional, etc.).

#### Responsabilidades de la Enfermera de Atención

1. Control y Seguimiento de pacientes según la guía.
2. Revisión y llenado de expediente en cada control con Enfermería.
3. Toma y Registro de Signos Vitales (que se asignara al personal técnico en enfermería según sea el caso.) Peso y talla, pulso, respiración, presión arterial, temperatura.
4. Revisión de Esquema de Vacunas y aplicación de vacunas según Normas del PAI.
5. Evaluación Nutricional (Si no se cuenta con Nutricionista) IMC.
6. Avalúo Físico: Evaluación Céfalocaudal, Toma de Papanicolau, Examen de Mamas, glicemia.
7. Diagnóstico de Enfermería según la evaluación física.
8. Confección de nota de Enfermería (SOAPIER).
9. Consejería y Pre Consejería para pruebas de laboratorio (VIH y otros).
10. Referir a otros servicios como: Medicina general, Odontología, Salud Mental, Trabajo Social y otros.
11. Orientación sobre Estilos de Vida Saludables. (Alcohol, Tabaco, Drogas, ITS, ENT, Vacunas, Importancia del PSA, mamografías, riesgo de problemas renales y otros.)
12. Seguimiento del paciente en casos de Enfermedades como TBC, VIH, ITS y otros.
13. Realizar Visitas Domiciliarias con el equipo de salud, según esté normado.
14. Formación de grupos de PAM.



### Responsabilidades del Trabajador Social

1. Participar con el equipo de salud en el desarrollo de actividades que promuevan una cultura de estilos de vida saludable de las PAM's.
2. Sensibilizar a la población sobre los factores de riesgo de las ENT e incentivar la adopción de estilos de vida saludables que contribuyan a su prevención.
3. Desarrollo de actividades educativas dirigidas a pacientes y sus familiares.
4. Participar en la formación, organización y asesoría de grupos de PAM.
5. Aportar la valoración social del paciente al equipo interdisciplinario para la elaboración del diagnóstico y el plan de tratamiento integral del paciente.
6. Identificación de factores sociofamiliares y culturales que puedan influir en el control inadecuado de la enfermedad, así como en el incumplimiento del tratamiento.
7. Atención de la morbilidad social del paciente y su grupo familiar.
8. Realización de visitas domiciliarias a los casos que lo ameriten.
9. Asesoría a pacientes y sus familiares sobre los servicios y redes sociales de apoyo de acuerdo con sus necesidades.
10. Participar juntamente con el equipo de salud en la realización de visita domiciliaria de atención integral a las PAM's.
11. Aportar el componente social en la elaboración de los planes y programación de las acciones del programa.
12. Participar como miembro del equipo en el cuidado integrado de la enfermedad crónica.
13. Contribuir con el equipo de salud en la realización de investigaciones referentes a problemas de salud.
14. Sensibilizar a la población y los familiares sobre la atención y necesidades de las PAM's.
15. Desarrollo de actividades que promuevan el autocuidado de la salud y un envejecimiento saludable.
16. Fomentar la participación de las PAM's en clubes asociaciones y la comunidad.
17. Desarrollo de actividades educativas las PAM's.
18. Formación y organización de grupos de PAM.
19. Participar en el desarrollo del componente social, juntamente con el equipo de salud en la ejecución de actividades promocionales, educativas, sociales, recreativas o culturales dirigidas a las PAM's.
20. Aportar la valoración social de la PAM en el equipo interdisciplinario para su atención integral.
21. Identificación de factores sociofamiliares y culturales que puedan afectar la salud de las PAM's.
22. Atención de la morbilidad social las PAM's y su grupo familiar.
23. Realización de visitas domiciliarias a los casos que lo ameriten.
24. Asesoría a las PAM's y sus familiares sobre los servicios y redes sociales de apoyo de acuerdo con sus necesidades.
25. Participar juntamente con el equipo de salud en la realización de visita domiciliaria de atención integral a las PAM's encamadas.
26. Contribuir con el equipo de salud en la realización de investigaciones referentes a la salud de las PAM's.



## Capítulo 3. Planificación



La planificación dentro del Programa de Salud de Personas Adultas Mayores es un proceso fundamental que permite la organización, ejecución y monitoreo de todas las acciones dirigidas a garantizar la atención integral de esta población. La planificación debe basarse en un enfoque preventivo y centrado en la persona, considerando los determinantes sociales de la salud, las necesidades locales y la capacidad instalada de los servicios de salud.

Este capítulo establece los principios, metodologías y herramientas utilizadas para la Planificación Operativa Anual (POA) del programa, asegurando que las acciones implementadas sean efectivas, sostenibles y alineadas con el Plan Nacional de Salud y la Política Nacional de Salud.

Para iniciar debidamente el proceso de planificación se hace necesario analizar el estado de salud de la población adulta mayor mediante la revisión de indicadores epidemiológicos, encuestas de salud y registros del Sistema Electrónico de Información en Salud (SEIS).

Parte del reconocimiento inicial es la identificación de brechas en el acceso a servicios, necesidades específicas y barreras geográficas, culturales o económicas que limitan la atención.

Una se conocen las problemáticas es necesario establecer las prioridades de atención basadas en el diagnóstico de salud y las metas estratégicas nacionales. Y da inicio al proceso de formulación en el cual se programan las actividades con el fin de conseguir los resultados esperados y el impacto en la población objetivo.



## Etapas de la Planificación Operativa Anual (POA)

Cuadro N.º 1. Etapas la planificación operativa anual del programa

ETAPA	DESCRIPCIÓN	MOMENTO	PRODUCTO
Formulación	Se redacta un proyecto de POA, este debe ser alineado tanto con la Política y Plan Nacional de Salud, así como las normas vigentes para la atención integral de salud dirigida al Grupo Poblacional de Personas Mayores y el Análisis de Situación y el Diagnóstico comunitario respectivo.	Febrero del año anterior	Proyecto de POA y Presupuesto del próximo año
Ajuste	Una vez aprobado, el presupuesto definitivo para el año (diciembre) y realizada la evaluación de los resultados del año anterior, se realizan los ajustes en el POA, de tal manera que, al finalizar el mes de enero, o antes preferiblemente, se haya concluido el ajuste del POA del año respectivo en esta ocasión adecuado a los recursos disponibles, se aprovecha esta oportunidad para verificar el alcance y la pertinencia de las actividades. Es recomendable realizar una reunión general de equipo e incluir los actores clave para divulgar las actividades programadas y roles.	Al finalizar enero del año en curso	POA Ajustado del año en curso
Monitoreo	Tiene el objeto de hacer un seguimiento del desarrollo de las actividades programadas, para medir en base a un estándar o indicador predeterminado, el avance de los resultados y procesos de la gestión e identificar las limitaciones enfrentadas y comparar lo realizado con lo programado.	Al finalizar Cada Trimestre	Informe Trimestral de Logros
Evaluación intermedia:	Al término del primer semestre se propone realizar reunión general de seguimiento al POA, para comparar la información programada en el POA ajustado y el presupuesto inicial y/o presupuesto modificado con los avances alcanzados a la fecha.	Al Finalizar Primer Semestre	Informe de Evaluación intermedia
Evaluación Final	Se analiza el cumplimiento de las actividades programadas en el año previo. Se revisan los resultados alcanzados en comparación con los indicadores de desempeño del programa. Se identifican áreas de mejora y necesidades emergentes.	Al Finalizar cuarto trimestre	Informe de Evaluación Final



### Programación de Actividades

La programación de actividades dentro del Programa de Salud de Adulto Mayor es un proceso estructurado que permite planificar, ejecutar y monitorear las acciones necesarias para garantizar una atención integral y efectiva a esta población.

La planificación debe considerar la utilización del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Salud (SIMEPLANS), herramienta digital utilizada para la formulación, seguimiento y evaluación de las actividades del programa. Para garantizar la trazabilidad y eficiencia en la ejecución de las actividades, se deben incluir los siguientes elementos:

#### Datos requeridos en la Programación de Actividades

Cada actividad programada dentro del programa debe registrarse en SIMEPLANS con la siguiente información:

- **Nombre de la Actividad:** Debe detallar las acciones a realizar, los recursos involucrados y los beneficiarios directos e indirectos.
- **Acumulabilidad:** Determina si la actividad se suma a un total acumulado en los reportes de desempeño o si se evalúa como un evento individual.
- **Unidad de Medida:** Define el criterio cuantitativo con el que se evalúa la actividad (por ejemplo, número de atenciones, porcentaje de cobertura, etc.)
- **Línea de Acción:** Relacionada con los objetivos estratégicos y las políticas nacionales de salud pública.
- **Resultado Esperado:** Define el impacto o beneficio previsto tras la ejecución de la actividad.
- **Objetivo de la Actividad:** Establece la finalidad y justificación de la acción dentro del programa.
- **Indicador de Evaluación:** Permite medir el éxito de la actividad mediante criterios objetivos y verificables.
- **Medio de Verificación:** Define la evidencia necesaria para demostrar el cumplimiento de la actividad (informes, registros, fotografías, encuestas, etc.).
- **Responsable de la Actividad:** Especifica la persona a cargo de la ejecución y seguimiento.
- **Actores o Participantes:** Identifica a las instituciones, profesionales de la salud, organizaciones comunitarias o cualquier otro ente involucrado en la actividad.
- **Observaciones o Supuestos:** Contempla cualquier limitación, condicionante o factor de riesgo que pueda influir en la ejecución.

#### Calendarización de las Actividades

Cada actividad debe contar con una planificación temporal precisa para garantizar su adecuada implementación. La calendarización se realiza en función de:

- **Frecuencia de la actividad:** Puntual, periódica o continua.
- **Plazo de ejecución:** Fecha de inicio y finalización.
- **Hitos de seguimiento:** Momentos clave para evaluar avances y realizar ajustes.
- **Sincronización con otras actividades del programa:** Evita superposiciones y optimiza el uso de los recursos.



La calendarización se integra dentro de SIMEPLANS, permitiendo el monitoreo en tiempo real del estado de ejecución de las actividades.

#### **Asignación de Recursos**

Para garantizar la viabilidad de cada actividad, se deben definir los aspectos financieros y logísticos asociados a su implementación.

- **Objeto de Gasto:** Se debe especificar el tipo de recurso necesario para la actividad, ya sea contratación de personal, compra de insumos médicos, transporte, material educativo, entre otros.
- **Fuente de Financiamiento:** Determina si la actividad se financia con fondos del presupuesto nacional, cooperación internacional, aportes de instituciones asociadas o cualquier otra fuente disponible.
- **Presupuesto Estimado:** Se debe definir el monto necesario para la ejecución de la actividad, desglosando los costos asociados.

#### **Monitoreo y Evaluación de la Programación**

Una vez planificadas y registradas en SIMEPLANS, las actividades deben ser monitoreadas para asegurar su cumplimiento y efectividad. Este proceso se lleva a cabo mediante:

- **Reportes periódicos de avance:** Evaluaciones parciales del progreso de la actividad en comparación con los indicadores definidos.
- **Evaluaciones de impacto:** Análisis posterior a la ejecución para medir el alcance y beneficio real de la actividad.
- **Retroalimentación y ajustes:** Adaptación de estrategias en función de los resultados obtenidos.

El monitoreo y evaluación permiten optimizar la asignación de recursos y mejorar continuamente la efectividad del Programa de Salud de Adulto Mayor.



## Rendimiento y Productividad

Rendimiento-Horario: Medicina General

\*1 cupo = 15 min

ACTIVIDAD	CUPOS
Morbilidad común/demanda espontánea Primera vez en el año	2
Morbilidad común/demanda espontánea Consulta subsiguiente	1
Controles de Salud Primera vez	2
Consulta Programada de ENT Consulta subsiguiente	2
Consulta de personas con discapacidad	2
Consulta por denuncia de maltrato o violencia	2
Pacientes de Epidemiología (VIH/SIDA, TBC, ENO) Nuevos	4
Subsiguiente	1
Sutura, extracción de uñas, desbridamiento, etc.	2
Docencia médica	4
Visita domiciliaria	4

A los Coordinadores Locales de los Programas de Salud de la Persona Mayor se les asignarán dos (2) horas administrativas diarias para la coordinación, con un total de 10 horas semanales. Se ejecutará la supervisión de dichas funciones semestral, con rendimiento de informes al nivel regional, en relación con el cumplimiento de las funciones que están normadas para dicho cargo.

Al Coordinador Regional del Programa de Salud de la Persona Mayor se le asignará ocho (8) horas administrativas diarias, con un total de 40 horas semanales. La dedicación es exclusiva para el cumplimiento de las funciones detalladas en esta norma y no se deberá disponer del Coordinador Regional del Programa de Salud de la Persona Adulta Mayor para funciones ajenas al programa.

El proceso de asistencia técnica y supervisión se realizará desde el nivel inmediato superior de acuerdo con la programación o a solicitud de la parte.



## El uso del Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS)

En línea con las transformaciones del sistema de salud y el avance tecnológico, el Ministerio de Salud implementó desde octubre de 2013 el Sistema Electrónico de Información en Salud (SEIS), cuyo módulo principal es el Expediente Clínico Electrónico, en una estrategia orientada a mejorar la calidad, eficiencia y seguridad en la atención. Desde marzo de 2014, el SEIS fue establecido en 100 instalaciones de salud, equivalente a primer, segundo y tercer nivel, y actualmente está operativo en 245 unidades de consulta externa del sistema público.

### Objetivos clave del SEIS

1. Garantizar un expediente clínico único electrónico, accesible desde cualquier instalación del MINSAL.
2. Acelerar la atención médica y administrativa, permitiendo la gestión de órdenes (laboratorio, farmacia, radiología) desde la consulta.
3. Facilitar el seguimiento longitudinal de pacientes, esencial para personas mayores con enfermedades crónicas.

### Cobertura actual

El SEIS cuenta con implementación en 245 centros con consulta externa, representando una expansión progresiva con más de 3 millones de afiliados. Este avance implica que gran parte de la población tiene acceso a expediente digital con datos clínicos actualizados y centralizados.

Evidencia de mejora: la Mgtr. Diana Varela, en un estudio realizado en 2016 mostraba que;

1. El 67 % de pacientes percibe mayor rapidez en atención frente al expediente físico.
2. El 74 % confirma que se respeta la confidencialidad.
3. El 81% de los pacientes se sintieron cómodos con la atención por medio del expediente clínico electrónico, considerando que a su vez esto tendrá un impacto positivo en el campo de la salud en Panamá.
4. El 88 % del personal de salud valora la legibilidad y la interoperabilidad de la información.
5. Estos indicadores confirman que el expediente electrónico ya supera ampliamente al físico en eficiencia, seguridad y calidad.

### Tendencia normativa: sustituir el expediente físico

El marco normativo converge en la automatización de los expedientes físicos: se contempla como respaldo transitorio, mientras se avanza en digitalización. El uso del expediente electrónico es obligatorio para las instituciones públicas que cuenten con SEIS en operación.

El SEIS y el expediente clínico electrónico representan un avance decisivo en la modernización y humanización del sistema de salud. Su implementación progresiva y obligatoria, avalada por un sólido marco legal, no solo optimiza recursos y reduce errores, sino que promueve la continuidad y calidad en la atención de las personas adultas mayores. El abandono del expediente físico como fuente primaria de información sanitaria es una decisión técnica y ética, alineada con los compromisos nacionales en transparencia, eficiencia y equidad.



### Ventajas para el programa de Adulto Mayor

La transición al expediente electrónico es un hito estratégico para la atención de las personas mayores, al ofrecer:

Beneficio	Descripción
Continuidad de atención	Acceso a información clínica consolidada en diversos niveles de atención y centros del MINSA.
Vigilancia y seguimiento	Mejor control de enfermedades crónicas vías alertas de control, medicación y citas.
Calidad y seguridad	Reducción de errores por legibilidad, duplicidad y pérdida documental.
Protección de la privacidad	Garantías formales de confidencialidad y acceso regulado.
Base para gestión y análisis	Facilita evaluación de indicadores y toma de decisiones basada en evidencia.

### Lineamientos para la aplicación del SEIS

Con el propósito de garantizar una atención integral, oportuna, continua y centrada en la persona, el Ministerio de Salud promueve el uso obligatorio del Sistema Electrónico de Información en Salud (SEIS) como fuente primaria de registro de la atención clínica y administrativa en los establecimientos de salud donde se encuentre implementado. La utilización del expediente físico queda restringida a situaciones excepcionales, conforme a los siguientes lineamientos:

1. Uso obligatorio del SEIS
2. Uso excepcional del expediente físico
3. Autorización formal y documentación del uso excepcional
4. Condiciones para la utilización del expediente físico
5. Monitoreo y supervisión
6. Reportes y estadísticas de salud.

Históricamente, el Ministerio de Salud de Panamá ha utilizado el Registro Diario de Actividades (RDA) en papel como el principal mecanismo para documentar la atención prestada en los establecimientos de salud. Este instrumento físico, que resume de forma básica las atenciones brindadas, debía ser posteriormente transcrito manualmente al Sistema de Estadísticas de Salud (SIES), un sistema informático diseñado exclusivamente para el procesamiento estadístico y la consolidación de datos a nivel nacional.

Desde su despliegue en 2014, el SEIS ha sido implementado en la mayoría de las instalaciones de salud, permitiendo documentar en tiempo real la atención clínica en consulta externa. Este sistema electrónico supera ampliamente al RDA y al SIES, al integrar no solo los datos básicos de atención, sino también un conjunto de variables clínicas, sociodemográficas y de seguimiento longitudinal, con un alto nivel de granularidad. El SEIS permite, además, la generación automatizada de reportes personalizados, adaptados a las necesidades de gestión, planificación y monitoreo de cada región de salud.



Dado este avance, y en línea con los principios de eficiencia, calidad de la información y transformación digital del Estado, se desaconseja el uso del RDA y el SIES como fuentes primarias de información, cuando la instalación de salud cuente con el SEIS operativo. La fuente oficial de información debe ser el SEIS, tanto para fines clínicos como para generación de estadísticas, reportes institucionales y toma de decisiones.

En casos excepcionales en que deba utilizarse el expediente físico (según los lineamientos definidos previamente), la información recolectada deberá ser consolidada de ambas fuentes, asegurando su consistencia y posterior integración al sistema electrónico. Asimismo, queda eliminada la práctica del doble registro, lo que significa que no se deberá capturar de forma duplicada la misma información en el RDA y el SEIS.

Este cambio marca un hito en la modernización de los sistemas de información en salud de Panamá, posicionando al SEIS como el eje central de la gestión clínica y estadística institucional, y garantizando una mejor trazabilidad, análisis y planificación para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo a las personas adultas mayores.



## Capítulo 4. Ética, Supervisión, Monitoreo y Estándares de Calidad

### DE PROGRAMAS DE SALUD



## Ética y Bioética

La atención integral a las personas adultas mayores no solo requiere competencia técnica y científica, sino también un profundo compromiso ético. En esta etapa del curso de vida, marcada por cambios fisiológicos, sociales y emocionales, es indispensable que los profesionales de la salud actúen guiados por principios éticos y bioéticos que garanticen el respeto a la dignidad humana, la autonomía y la justicia. Esta sección de la Norma para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores establece los principios rectores éticos que deben observarse en la práctica clínica, la gestión organizacional y la investigación en salud en este grupo poblacional.

### Principios éticos fundamentales.

Todo profesional de la salud debe regir su actuar por los siguientes principios fundamentales:

**Autonomía:** Toda persona mayor tiene derecho a participar en las decisiones sobre su salud. Esto incluye la posibilidad de aceptar o rechazar tratamientos, de ser escuchada en sus preferencias y de que se respete su voluntad, en la medida de sus capacidades cognitivas.

**Beneficencia:** Actuar siempre buscando el beneficio de la persona mayor, promoviendo su bienestar y calidad de vida integral. Esto implica no solo tratar enfermedades, sino también fomentar su funcionalidad, independencia y participación social.

**No maleficencia:** Evitar cualquier intervención que pueda causar daño innecesario, dolor, sufrimiento o vulneración de derechos. Este principio también abarca la prevención del maltrato institucional, la negligencia y la sobre intervención terapéutica.

**Justicia:** Brindar atención equitativa, accesible y oportuna, sin discriminación por edad, etnia, nivel socioeconómico, orientación sexual o cualquier otra condición. Las personas adultas mayores tienen derecho a una atención ética que garantice igualdad de oportunidades en el acceso a servicios de salud.

### Ética del cuidado de la salud

En el ámbito clínico, la ética se manifiesta en cada interacción entre profesional de salud y paciente. En el caso de las personas adultas mayores, esta relación se ve enriquecida y a la vez desafiada por condiciones como la fragilidad, las comorbilidades, la dependencia funcional, las discapacidades sensoriales o cognitivas y el contexto familiar y social en el que se desenvuelven.

**Consentimiento informado:** Es esencial asegurar que la persona mayor reciba información clara, comprensible y suficiente sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento y posibles consecuencias. En casos de deterioro cognitivo, se debe respetar el principio de "capacidad decisional progresiva", adaptando la comunicación al nivel de comprensión del paciente e involucrando a los apoyos necesarios sin anular su autonomía.

**Proporcionalidad terapéutica:** La intervención clínica debe ser razonable y basada en un análisis del beneficio esperado frente al riesgo o carga para el paciente. Se debe evitar los tratamientos fútiles, especialmente en situaciones de enfermedad avanzada, terminal o con deterioro funcional severo.

**Cuidado paliativo y final de vida:** El enfoque ético en esta etapa implica respetar la voluntad anticipada, ofrecer cuidados que alivien el sufrimiento, apoyar a la familia y garantizar una muerte digna.



**Confidencialidad:** Toda información clínica o personal debe ser protegida. En el caso de personas dependientes o institucionalizadas, se deben reforzar los mecanismos que eviten la exposición injustificada de datos o decisiones que afecten su intimidad.

**Trato digno:** El profesional de salud debe establecer una relación de respeto, empática y no paternalista con la persona mayor, evitando actitudes edadistas o discriminatorias.

### Ética en la investigación

La investigación científica en salud con personas mayores debe realizarse con los más altos estándares éticos. Históricamente insuficientemente representadas en ensayos clínicos, las personas adultas mayores requieren ser incluidas en investigaciones pertinentes, pero siempre bajo marcos éticos claros que protejan su integridad y derechos.

- **Evaluación por comités de ética:** Los estudios deben contar con aprobación de un Comité de Ética en Investigación que garantice la pertinencia, validez científica, y protección de las personas participantes.
- **Consentimiento informado:** Adaptado a la capacidad cognitiva y comunicativa de la persona mayor. Cuando haya deterioro cognitivo, se debe contar con representantes legales o figuras de apoyo que garanticen la protección de los derechos del participante.
- **Riesgo/beneficio:** Minimizar los riesgos y asegurar que el beneficio potencial de la investigación sea proporcional al posible impacto sobre la persona mayor.
- **Inclusión justa:** Evitar la exclusión sistemática de personas mayores de estudios por edad, a menos que esté debidamente justificada.
- **Uso de resultados:** Garantizar que los hallazgos se utilicen para mejorar la atención en salud de esta población y que no se vulneren los derechos o privacidad de los participantes.

### Promoción de una Cultura Ética

Se espera que esta norma contribuya a consolidar una cultura institucional y profesional basada en la ética, donde se valore la formación continua en bioética, se generen espacios de reflexión sobre los conflictos morales en la atención sanitaria, y se fortalezcan los comités de ética clínica y hospitalaria como garantes del respeto y los derechos humanos en los servicios de salud.

El abordaje ético y bioético en la atención a las personas adultas mayores representa un pilar central en la garantía del derecho a la salud en esta etapa del curso de vida. Incorporar esta dimensión en los cuidados clínicos, la organización de los servicios y la investigación constituye un compromiso ineludible para los sistemas de salud modernos que aspiran a ser inclusivos, humanistas y justos. En una región como América Latina y el Caribe, donde el envejecimiento poblacional avanza aceleradamente, Panamá reafirma su compromiso con una salud ética, centrada en la persona y basada en los principios de justicia social, solidaridad y respeto por la vida humana en todas sus etapas.



## Supervisión y Apoyo Técnico

La asistencia técnica y supervisión con desplazamiento del personal del nivel nacional al regional se realizará por lo menos una vez al año; y del nivel regional a sus niveles operativos, de acuerdo con sus recursos y necesidades, sugiriéndose que ésta sea realizada dos veces al año.

La asistencia técnica y supervisión bajo la concepción de enseñanza-aprendizaje, estará a cargo del profesional capacitado y se realizará de acuerdo con los niveles de complejidad del sistema.

El instrumento de supervisión estará diseñado de acuerdo con las normas técnicas vigentes y formará parte del instrumento de supervisión integral. Deberá ser adecuado al ámbito local en función de los componentes de salud integral y en relación con el POA.

Los principales procesos para la implementación de la atención integral para las personas adultas mayores, sujetas a supervisión y evaluación son: existencia de servicios diferenciados, calidad de la atención integral, consejería y coordinación intersectorial.



## Estándares de Calidad del Programa de Salud de Personas Mayores

#	Estándar	Propósito	Criterios	Indicador	Meta
1	Gobernanza y Gestión del Programa de Salud de PAM	Consolidar la capacidad institucional para coordinar, planificar y evaluar la ejecución técnica del programa en todos los niveles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo del Programa PAM activo y funcional.</li> <li>Plan operativo anual y de calidad vigente.</li> <li>Reuniones de revisión técnica con actas y seguimiento.</li> </ul>	% de Ejecución del plan operativo anual del Programa para PAM.	≥ 80 %.
2	Ética, Consentimiento y Decisiones Compartidas	Garantizar el respeto a la autonomía y la aplicación sistemática de los principios éticos en la atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formatos accesibles de consentimiento informado.</li> <li>Registro documentado de decisiones compartidas.</li> <li>Capacitación anual en bioética.</li> </ul>	% de instalaciones que hayan realizado al menos una capacitación anual en bioética y consentimiento informado.	≥ 95 %.
3	Accesibilidad, Oportunidad y Continuidad	Garantizar que las personas adultas mayores reciban atención integral, oportuna y continua en los servicios del primer nivel, asegurando la vinculación efectiva con la red de servicios y evitando interrupciones en el seguimiento clínico y social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agenda diferenciada para personas mayores.</li> <li>Registro de continuidad de atención en el expediente (controles, revaloraciones, seguimiento de casos crónicos y sociales).</li> <li>Coordinación efectiva con otros programas y niveles de atención (salud bucal, salud mental, rehabilitación, nutrición, promoción y prevención).</li> <li>Disponibilidad de mecanismos de contacto o recordatorio para citas (llamadas, mensajería, promotores o visitas domiciliarias).</li> </ul>	% de personas adultas mayores con al menos una cita de control anual documentada.	≥ 90 %
				% de personas adultas mayores con continuidad de atención registrada (al menos 2 controles en el año).	≥ 70 %.
				% de instalaciones del primer nivel con agenda PAM diferenciada activa.	≥ 80 %
4	Atención Integral de Enfermedades Crónicas y Riesgo Cardiovascular	Implementar un manejo integral y estandarizado de ENT, en línea con HEARTS y el modelo de atención nacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso de protocolos HEARTS.</li> <li>Calculadora OPS de riesgo cardiovascular documentada.</li> <li>Seguimiento y control de parámetros clínicos.</li> </ul>	% PAM con PA controlada (< 140/90 mmHg)	≥ 60 %.
				% DM2 con HbA1c en 6-12 meses	≥ 90 %
				% con registro de riesgo cardiovascular	≥ 80 %.
5	Valoración Geriátrica Integral y Fragilidad	Detectar deterioro funcional o cognitivo para orientar planes personalizados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicación anual de VGI y tamizajes</li> <li>Plan individual de atención.</li> <li>Derivación oportuna.</li> </ul>	% de PAM con valoración geriátrica integral documentada.	≥ 70 %.
6	Uso Seguro de Medicamentos y Polifarmacia	Disminuir riesgos de medicación inadecuada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conciliación de medicamentos.</li> <li>Plan de desprescripción individual.</li> </ul>	% de Pacientes con prescripción individual de medicamentos realizadas anualmente	≥ 85 %.



#	Estándar	Propósito	Criterios	Indicador	Meta
7	Seguridad del Paciente	Fomentar una cultura de seguridad y prevenir eventos adversos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolos de prevención de caídas relacionados con la adecuación de la estructura de la instalación.</li> </ul>	% instalaciones con protocolos de prevención de caídas actualizado y adecuado.	≥ 90 %
8	Tele consulta	Extender la cobertura y continuidad de atención mediante tecnologías seguras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tele consulta regulada según guías nacionales.</li> <li>• Seguimiento documentado en SEIS.</li> </ul>	% de tele consultas con plan de manejo y seguimiento activo.	≥ 90%.
9	Intersectorialidad, Participación Social y Cuidadores	Promover la corresponsabilidad comunitaria y la articulación entre sectores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades comunitarias PAM registradas semestralmente.</li> <li>• Coordinación efectiva con MIDES, CSS y gobiernos locales, u otra institución.</li> <li>• Ejecución del plan de capacitación y certificación de cuidadores.</li> </ul>	% de instalaciones que ejecutan ≥ 1 actividad comunitaria para personas mayores documentada por semestre	≥75%
				% de regiones-distritos con red de grupos PAM activa con informe semestral	≥70%
				% de cumplimiento del plan semestral de capacitación de cuidadores	≥80%
				% de instalaciones que ejecutan ≥ 1 actividad de coordinación efectiva MIDES, CSS y gobiernos locales u otra institución.	≥80%
10	Evaluación, Mejora Continua y Transparencia	Consolidar un sistema de monitoreo y retroalimentación basado en resultados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tablero de indicadores actualizado.</li> <li>• Monitoreos internos.</li> <li>• Publicación anual de resultados.</li> </ul>	% de Estándares de Calidad que cumplen con los criterios establecidos.	≥ 80%.
				% de brechas cerradas en ≤ 90 días	≥ 85%.



## Indicadores de Resultado Clínico

La fuente oficial de estos indicadores será el Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) y su mecanismo de reportería PENTAHO

#	Condición Clínica	CIE10	CIE11	Indicador	Uso	Fórmula	Meta	Frecuencia
1	Inactividad física	Z72.3	QD85	Porcentaje de personas $\geq 60$ años con nivel insuficiente de actividad física.	Medir efecto de programas de promoción de actividad física en la comunidad	$\frac{\text{Población } \geq 60 \text{ años inactiva}}{\text{Población } \geq 60 \text{ años}} \times 100$	Detener el aumento de la prevalencia	Semestral
2	Hipertensión arterial	I10.0, I10.1, I10.2 I10.S	BA00	Prevalencia normalizada por edades de personas $\geq 60$ años con Hipertensión arterial	Evaluar la implementación de la iniciativa HEARTS y del control de la presión arterial.	$\frac{\text{Casos } \geq 60 \text{ años con HTA}}{\text{Población } \geq 60 \text{ años}} \times 100$	Reducción relativa del 25 % de la prevalencia o limitación del aumento	Semestral
3	Obesidad	E66.0	5B81	Porcentaje de personas $\geq 60$ años con IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obesidad) o $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ (sobrepeso).	Monitorear tendencias de obesidad y riesgo metabólico	$\frac{\text{Casos } \geq 60 \text{ años con IMC } \geq 25}{\text{Población } \geq 60 \text{ años}} \times 100$	Detener el aumento de la prevalencia	Semestral
4	Prediabetes	R73.03	5A40.Z	Porcentaje de personas $\geq 60$ años con glicemia en ayunas entre 100–125 mg/dl o HbA1c $\geq 5.7$ –6.4 %.	Evaluar prevención primaria y detección temprana de DM2	$\frac{\text{Casos } \geq 60 \text{ años prediabéticos}}{\text{Población } \geq 60 \text{ años}} \times 100$	Detener el aumento	Semestral
5	Diabetes	E10 E11	5A11	Porcentaje de personas $\geq 60$ años con glucemia $\geq 126$ mg/dl o HbA1c $\geq 6.5$ %.	Identificar riesgo cardiovascular metabólico en la población mayor	$\frac{\text{Casos } \geq 60 \text{ años con DM}}{\text{Población } \geq 60 \text{ años}} \times 100$	Detener el aumento	Semestral
6	Síndrome Metabólico	E88.9	5C60	Porcentaje de personas $\geq 60$ años con obesidad central (cintura $> 102$ cm hombres / $> 88$ cm mujeres) y dos criterios adicionales (NCEP-ATP III).	Monitorear efectividad de estrategias de control metabólico.	$\frac{\text{Casos } \geq 60 \text{ años con síndrome metabólico}}{\text{Población } \geq 60 \text{ años}} \times 100$	Detener el aumento	Semestral
7	Deterioro Cognitivo y Demencia	F06.7 F03	6D85.0 6D84.Z	Porcentaje de personas $\geq 60$ años diagnosticadas con deterioro cognitivo o demencia.	Monitorear la detección y seguimiento de personas mayores con alteración cognitiva, detectadas durante la Valoración Geriátrica Integral.	$\frac{\text{Casos } \geq 60 \text{ años con Deterioro cognitivo o demencia}}{\text{Población } \geq 60 \text{ años}} \times 100$	Detener el aumento de la prevalencia de deterioro cognitivo y promover su diagnóstico temprano.	Semestral
8	Prevalencia de malnutrición o riesgo nutricional	E43 E44.0 E44.1 E46	5B54 5B55 5B5Z	Porcentaje de personas $\geq 60$ años con diagnóstico de desnutrición o riesgo nutricional detectado mediante la MNA o IMC $< 18,5 \text{ kg/m}^2$	Monitorear la detección e intervenciones realizadas en personas mayores con malnutrición	$\frac{\text{Casos } \geq 60 \text{ años con malnutrición}}{\text{Total de personas evaluadas}} \times 100$	Reducir en al menos 30 % la prevalencia de desnutrición moderada y grave	Semestral



## Capítulo 5. Participación Social e Intersectorialidad



## Coordinación Efectiva MINSA – CSS- MIDES

Para lograr una buena interacción entre los diferentes actores del sector salud y el sector social en Panamá, se deben considerar los siguientes aspectos, los cuales deben ser aplicables independientemente del nivel de jerarquía.

- **Liderazgo y voluntad política:** Asegurar que las autoridades y gerentes de estas instituciones estén alineados con la misma visión de trabajar mancomunadamente, concentrando la voluntad política, compromiso y una clara delegación de responsabilidades en todos los niveles.
- **Coordinación y comunicación efectiva:** Es esencial que estas tres instituciones trabajen de manera conjunta en torno a objetivos comunes y metas compartidas como lo es la mejora de la salud pública, la cobertura social y el bienestar de la población vulnerable, por medio de la elaboración y ejecución de políticas públicas vinculadas, con canales de comunicación abiertos, respetando las funciones de cada actor en los aspectos sociales y de salud.
- **Desarrollo de proyectos conjuntos:** Aunado a la coordinación efectiva está la planificación y fomento de proyectos conjuntos que ayuden a la asignación y optimización de los recursos combinando las capacidades de cada institución que promuevan iniciativas para la prevención y promoción de la salud y la asistencia social en la comunidad.
- **Intercambio de información y sistemas integrados:** Por medio del fortalecimiento de los sistemas de información de estas entidades, se logrará la integración de datos de forma oportuna que pueda ayudar a la toma de decisiones que redunden en beneficio de las personas adultas mayores.
- **Capacitación y sensibilización conjunta:** La organización de talleres y capacitaciones conjuntos para el personal de estas instituciones tiene por objetivo fortalecer las competencias en áreas como salud pública, seguridad social y bienestar comunitario lo que facilitaría una articulación efectiva de los servicios ofertados con funcionarios sensibilizados.
- **Participación comunitaria:** El fomentar e involucrar a las comunidades en el diseño y monitoreo de los programas, asegurándose de que las necesidades de la población sean escuchadas y atendidas, permitirá fortalecer la confianza en las instituciones y permitirá una mejor adecuación de los programas a la realidad local.



## Comisión Técnica Nacional para la Promoción del Envejecimiento Saludable

Por medio del Decreto Ejecutivo No.175 del 27 de mayo de 2019, se crea la Comisión Técnica Nacional para la Promoción del Envejecimiento Saludable, la cual tiene por objetivo general crear una estructura social que propicie la promoción del Envejecimiento Saludable a través del trabajo interinstitucional.

Es importante destacar las funciones de esta comisión:

- Asesorar y recomendar las políticas y acciones a seguir con la población adulta mayor.
- Coordinar con diferentes instancias, las actividades técnicas que contribuyan al envejecimiento saludable.
- Cualquier otra función relacionada con la prevención del envejecimiento patológico y la promoción del envejecimiento saludable.

La Comisión Técnica Nacional para la Promoción del Envejecimiento Saludable está conformada por diversas direcciones, departamentos, secciones y programas tanto del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social, así como otras instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y sociedad civil, siendo estas:

Por parte del Ministerio de Salud: Dirección General de Salud Pública, Salud y Atención Integral a la Población, Salud Integral de Niñez y Adolescencia, Salud de Adulto mayor, Salud de Adultos, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Bucal, Enfermería, Gestión de Laboratorio Clínico, Saneamiento Ambiental, Epidemiología, Dirección de Promoción de la Salud, Dirección de Asuntos Indígenas, Dirección de Planificación, Trabajo Social, Dirección Nacional de Farmacias y Drogas, Asesoría Legal, Oficina Nacional de Salud Integral para la Población con Discapacidad (ONSIPD).

La Caja de Seguro Social está representada por: Subdirección Nacional de Promoción, Medicina Familiar, y Acción Comunitaria, Programa Nacional de Jubilados, Pensionados y la Tercera Edad.

Los entes de investigación a nivel nacional lo representan: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios para la Salud y el Instituto de Investigación Científicas y Servicios de Alta Tecnología (INDICASAT).

Las instituciones promotoras de los derechos de las personas adultas mayores la conforman: Ministerio de Desarrollo Social, Defensoría del Pueblo, Consejo Nacional de Rectores, Asociación de Municipios de Panamá (AMUPA), Universidad del Trabajo y Tercera Edad de la Universidad de Panamá (UTTE), Universidad Intergeneracional de la USMA, Asociación Panameña de Geriatría, Pastoral de la Curia Metropolitana de Panamá, Autoridad de Protección al Consumidor y Defensa de la Competencia (ACODECO), Secretaría Nacional de Discapacidad (SENADIS), Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC), Policía Nacional, Ministerio de Cultura, Despacho de la Primera Dama, Instituto Panameño de Deportes (Pandeportes), entre otros.

La sociedad civil y grupos organizados de personas mayores lo representa la Federación Nacional de Asociaciones de Tercera Edad.



Por medio de la colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) se brinda asesoría internacional de temas relacionados con salud.

Todo este conglomerado de instituciones y organizaciones se articulan con una sola finalidad: promover el envejecimiento saludable y los derechos de las personas mayores en todo el territorio nacional.

El reglamento interno y de funcionamiento de esta comisión está normatizado por la Resolución No. 1401 del 21 de junio de 2023, que define la organización, responsabilidades, corresponsabilidades, actividades y funciones de las instituciones representadas por los comisionados vinculados. Esta resolución faculta a la comisión a incorporar y convocar, según sea la necesidad, a otras instituciones tanto públicas como privadas, organismos, sociedad civil, vinculados con temas relacionados con las personas mayores y los factores que puedan interferir en el proceso de envejecimiento.



## Iniciativa Comunidades y Ciudades amigables con las Personas Mayores

El envejecimiento de la población es una realidad que nos desafía a construir entornos donde las personas adultas mayores puedan vivir con dignidad, seguridad y bienestar. En este contexto, el Ministerio de Salud de Panamá decide unirse en septiembre del 2024 a la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una respuesta al rápido crecimiento de esta población y un llamado a la acción para mejorar la calidad de vida en nuestras ciudades y comunidades.

Una comunidad amigable es aquella que escucha, involucra y actúa en función de las necesidades y propuestas de sus personas adultas mayores. Estas comunidades se comprometen a crear entornos físicos y sociales que promuevan la inclusión, la autonomía y el bienestar integral de los mayores, adaptando los espacios públicos, servicios y recursos a sus realidades. Esto incluye la accesibilidad en la infraestructura, la movilidad, la participación social y las oportunidades de empleo, entre otros factores.

### Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores

La Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores es una iniciativa global creada por la OMS en 2010. Su misión es conectar ciudades, comunidades y organizaciones en todo el mundo para que trabajen juntas en la creación de entornos amigables con las personas mayores, basados en los principios del envejecimiento saludable y activo. La Red se enfoca en la acción local, lo que significa que cada ciudad o comunidad participante evalúa sus propias necesidades y trabaja directamente con las personas mayores para mejorar diversos aspectos que impactan su día a día.

Formar parte de esta Red no significa que una comunidad ya sea amigable, sino que representa un compromiso firme de trabajar hacia ese objetivo. A través de esta red global, las ciudades se comprometen a escuchar, evaluar y mejorar la calidad de vida de las personas mayores, compartiendo sus avances, desafíos y aprendizajes con otras localidades a través de la plataforma Age Friendly World.

### Los Objetivos de la Red

- Inspirar el cambio: mostrando lo que se puede lograr y cómo hacerlo.
- Conectar ciudades y comunidades: facilitando el intercambio de experiencias, conocimientos y estrategias.
- Apoyar a las comunidades: ayudándolas a encontrar soluciones innovadoras y basadas en evidencia para ser más amigables con las personas mayores.

Formar parte de esta Red también es un compromiso con la estrategia de la OMS para la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030), en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.



### Importancia de Formar parte de la Red

Ser parte de la Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores es una oportunidad única para que municipios, comunidades y organizaciones trabajen juntos en la creación de un futuro donde envejecer sea sinónimo de bienestar, inclusión y participación. La colaboración entre gobiernos locales, sector privado, organizaciones comunitarias y las propias personas mayores es clave para diseñar entornos que respondan a los desafíos y oportunidades del envejecimiento.

Con enfoques innovadores y colaborativos, podemos construir comunidades donde las personas mayores no solo sean valoradas, sino que también tengan acceso a servicios, recursos y espacios que promuevan su autonomía y participación en la sociedad.



## Red de grupos de Salud de Personas Adultas Mayores

La Red de Grupos de Salud de Personas Adultas Mayores es un componente organizativo del Programa de Salud de Adulto Mayor que busca consolidar, articular y potenciar los espacios comunitarios autogestionados y organizados por personas mayores en todo el territorio nacional. Esta red no solo promueve el bienestar físico y emocional de sus integrantes, sino que también fortalece la participación, la identidad colectiva y el empoderamiento ciudadano de la población mayor.

Desde el punto de vista administrativo, esta red se estructura de forma descentralizada pero articulada, lo que permite garantizar su funcionalidad, sostenibilidad y alcance territorial. La conformación y funcionamiento de la red deben seguir los lineamientos técnicos del Programa de Salud de Adulto Mayor, estableciendo instancias de coordinación a nivel local, regional y nacional.

### Estructura Administrativa de la Red

1. **Nivel Local:** Cada Grupo de Salud de Personas Adultas Mayores constituye la unidad básica de la red. Estos grupos deben contar con un comité organizador integrado por personas mayores voluntarias, con el acompañamiento técnico de profesionales del equipo de salud local. Este comité es responsable de coordinar las actividades semanales del grupo, gestionar recursos comunitarios y mantener el vínculo con el centro de salud.
2. **Nivel Regional:** En cada región de salud, un equipo coordinador del Programa de Adulto Mayor asume la supervisión técnica de los grupos locales, brindando acompañamiento metodológico, promoviendo la creación de nuevos grupos donde no existan, y garantizando la articulación con las políticas regionales de salud. Este nivel también organiza encuentros regionales de intercambio entre grupos.
3. **Nivel Nacional:** La Sección de Salud de Adulto Mayor del Ministerio de Salud actúa como ente rector de la red, estableciendo los lineamientos técnicos, materiales de apoyo, mecanismos de monitoreo y evaluación, así como promoviendo actividades nacionales de integración e intercambio entre los grupos.

### Actividades de intercambio y proyección nacional

Uno de los elementos distintivos de esta red es su capacidad para movilizar a personas mayores en eventos que trascienden el ámbito local, promoviendo la construcción de comunidad a nivel nacional. Para ello, se organizan encuentros periódicos en los que participan representantes de los diferentes grupos del país.

Estas actividades incluyen:

- **Competencias deportivas adaptadas:** Caminatas, juegos tradicionales, olimpiadas para adultos mayores, entre otros, que promueven la salud física, la recreación y el trabajo en equipo.
- **Festivales culturales:** Presentaciones artísticas, coros, danzas folclóricas, poesía y teatro, en los que las personas mayores comparten expresiones culturales propias de sus regiones.
- **Certámenes y ferias comunitarias:** Espacios para visibilizar las experiencias de los grupos, compartir saberes ancestrales, promover el envejecimiento activo y fortalecer la autoestima y participación.



- **Encuentros de liderazgo y formación:** Actividades orientadas a capacitar a los miembros de los comités organizadores, promoviendo habilidades de gestión, liderazgo comunitario, autogestión y abogacía.

### **Logística, financiamiento y registro de actividades**

Cada grupo debe contar con un plan de trabajo anual, el cual se registra y monitorea a través de los mecanismos establecidos por el programa, incluyendo herramientas como SIMEPLANS para aquellas actividades que reciben acompañamiento institucional.

La organización de eventos nacionales y regionales contempla la coordinación con instancias como el MIDES, municipios, universidades, ONG aliadas y otros programas del Ministerio de Salud. Se promoverá la identificación de fuentes de financiamiento público, aportes comunitarios y alianzas interinstitucionales para garantizar la sostenibilidad de estas actividades.

### **Creación de Grupos de Personas Mayores**

A medida que envejecemos, mantener una buena salud física, mental y emocional se vuelve cada vez más importante. Sin embargo, esta tarea no siempre es fácil de realizar en solitario. Por eso, los Grupos de Salud para Personas Mayores se han convertido en una herramienta fundamental para promover un envejecimiento saludable y activo, brindando un espacio de apoyo, educación y conexión social.

Los Grupos de Salud son espacios comunitarios organizados donde las personas mayores pueden reunirse para participar en actividades diseñadas para mejorar su bienestar integral. Estos grupos ofrecen actividades como ejercicios físicos, talleres educativos sobre salud y nutrición, charlas sobre el manejo de enfermedades crónicas, y momentos de convivencia para fortalecer lazos sociales. Además, permiten a las personas mayores compartir sus experiencias y aprender mutuamente, creando un sentido de comunidad y apoyo mutuo.

### **Componentes de los grupos de personas adultas mayores.**

- **Promoción de la actividad Física:** Mantenerse físicamente activo es fundamental para un envejecimiento saludable. Los Grupos de Salud organizan actividades adaptadas a las capacidades de las PAM's, como ejercicios suaves, caminatas grupales o clases de yoga, que ayudan a mejorar la movilidad, la fuerza y el equilibrio. También se ofrecen talleres sobre salud mental, fomentando el aprendizaje continuo y el bienestar emocional.
- **Fomento de la socialización:** A menudo, las personas mayores pueden sentirse aisladas o solas. Los Grupos de Salud proporcionan un entorno amigable y acogedor donde pueden interactuar con otros en situaciones similares, compartir sus experiencias y establecer nuevas amistades. La socialización no solo mejora el estado de ánimo, sino que también reduce el riesgo de depresión y enfermedades relacionadas con el aislamiento.
- **Educación en salud:** A través de charlas y talleres, los Grupos de Salud educan a las personas mayores sobre cómo gestionar su salud, prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida. Estos espacios ofrecen información valiosa sobre el manejo de condiciones crónicas como la diabetes o la hipertensión, así como recomendaciones sobre nutrición y hábitos saludables.



- **Apoyo Emocional:** En los Grupos de Salud, las personas mayores encuentran un espacio seguro para compartir sus inquietudes y recibir el apoyo de sus pares y profesionales de la salud. Este apoyo emocional es esencial para enfrentar los desafíos que a menudo acompañan al envejecimiento.
- **Envejecimiento activo y digno:** Al formar parte de un Grupo de Salud, las personas mayores no solo cuidan de su salud, sino que también se mantienen activas, conectadas y empoderadas. Participar en actividades comunitarias les permite seguir contribuyendo a la sociedad y disfrutar de una vida plena y satisfactoria.



## Capítulo 6. Prestación de Atención de Salud



## Comunicación con el Paciente

Es frecuente que durante la atención médica de las personas adultas mayores se les interroge por sus padecimientos y éstos no sepan sus enfermedades, cuáles son los medicamentos que toman o cuándo deben tomarlos y para qué sirven, por lo que es necesario establecer métodos de comunicación y de entendimiento diferentes para evitar errores en la práctica de la atención.

Muchos de los pacientes geriátricos consideran que sus enfermedades o padecimientos son parte de las cosas esperadas en su envejecimiento, por lo que no buscan atención médica provocando una mayor morbilidad y aumentando su deterioro físico y mental.

El médico y personal de salud durante la atención debe:

1. Transmitir interés en lo que dice el paciente.
2. Motivar al paciente a expresar sus preocupaciones y necesidades.
3. No minimizar lo que siente el paciente.
4. Tener una escucha activa y haciéndole saber que es importante su opinión.
5. Utilizar un lenguaje sencillo sin tantos términos técnicos, que facilite la comprensión de lo que se dice.
6. Evitar las interrupciones y gritar al paciente ya que puede sentirlo como un insulto o regaño.
7. Dar información sobre el tratamiento (beneficios, efectos adversos, duración, etc.).
8. Ser empático, respetuoso y siempre otorgar un refuerzo positivo por los logros que haya alcanzado el paciente, aunque sean pequeños.
9. Preguntar siempre si se ha comprendido las indicaciones dadas (pídale explicar lo que ha entendido); si es necesario darlas por escrito con diagramas, por ejemplo, usar el pasaporte para una vida saludable.
10. Es de importancia siempre orientar al adulto mayor de la necesidad de asistir acompañado a su cita para poder empoderarlo a él y su familiar de la búsqueda de bienestar y tomar decisiones importantes sobre su salud.
11. Compartir las instrucciones con el cuidador o familiar.
12. Percibir que el adulto mayor no desea hablar frente al familiar o cuidador; en este caso, solicítele un espacio de tiempo a solas con el paciente y posterior haga pasar nuevamente al familiar o el cuidador para continuación de la consulta.
13. Pedir al adulto mayor que haga una lista de preguntas en casa, sobre sus dudas y así exponerla el día de la consulta.



## Derechos y Deberes en Salud de las Personas Mayores

“El disfrute del más alto nivel posible de *salud* es uno de los derechos fundamentales de cualquier ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, ideológica, y condición social o económica.”  
OMS (1946)

La Declaración Universal de Derechos Humanos en el artículo 25 expresa que: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, *la salud* y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios

El derecho a la salud faculta a las personas para reclamar y disfrutar de todos los medios que le permitan acceder al más alto nivel de bienestar físico, mental y social. El bien protegido por este derecho debe ser comprendido como el resultado de una serie de condiciones sociales y económicas que configuran un medio favorable para que las personas puedan llevar una vida sana.

Las acciones deben ir encaminadas hacia una persona mayor con las capacidades de afrontar los cambios físicos y cognitivos, con la mejor capacidad funcional posible, adaptándose de manera adecuada, en el marco del envejecimiento saludable, para lo cual se requiere sistemas de salud fortalecidos.

Este derecho exige a los Estados velar por una adecuada regulación de los servicios de salud, brindando los servicios necesarios de conformidad con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación, pero también brindando medidas positivas respecto de grupos en situación de vulnerabilidad; las personas mayores gozan de un nivel reforzado de protección.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) resalta la importancia de visibilizar a las personas mayores como sujetos de especial protección y, por ende, de cuidado integral, respetando su autonomía e independencia. Enfatiza que “el Estado está obligado a garantizar un trato igualitario a todas las personas que accedan a los servicios de salud”. En relación con las PAM’s, manifiesta que “tienen derecho a una protección reforzada y, por ende, (el derecho a la salud) exige la adopción de medidas diferenciadas”.

En el 2015 la Organización de los Estados Americanos aprobó la Convención Interamericana de los Derechos de las Personas Mayores, el cual funge como mecanismo integrador de los principios y derechos señalados en la serie de instrumentos sobre la materia que ya habían sido producidos a nivel interamericano e internacional (por ejemplo, los Principios de Naciones Unidas en favor de las personas de edad (1991), la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) o la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (2012).



Entre los derechos protegidos en la citada Convención, están:

**Artículo 11:** *Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud*

"La persona mayor tiene el derecho irrenunciable a manifestar su consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud. La negación de este derecho constituye una forma de vulneración de los derechos humanos de la persona mayor".

La información que se brinde debe ser adecuada, clara y oportuna, disponible sobre bases no discriminatorias, de forma accesible y presentada de manera comprensible de acuerdo con la identidad cultural, nivel educativo y necesidades de comunicación de la persona mayor.

Las instituciones públicas o privadas y los profesionales de la salud no podrán administrar ningún tratamiento, intervención o investigación de carácter médico o quirúrgico sin el consentimiento informado de la persona mayor.

La persona mayor tiene derecho a aceptar, negarse a recibir o interrumpir voluntariamente tratamientos médicos o quirúrgicos, incluidos los de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, investigación, experimentos médicos o científicos, ya sean de carácter físico o psíquico, y a recibir información clara y oportuna sobre las posibles consecuencias y los riesgos de dicha decisión".

**Artículo 12:** *Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo*

La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

**Artículo 17:** *Derecho a la seguridad social*

Toda persona mayor tiene derecho a la seguridad social que la proteja para llevar una vida digna.

Los Estados Parte promoverán progresivamente, dentro de los recursos disponibles, que la persona mayor reciba un ingreso para una vida digna a través de los sistemas de seguridad social y otros mecanismos flexibles de protección social.

**Artículo 19:** *Derecho a la salud*

La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación. Los Estados deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social. Para ello se deberán tomar las siguientes medidas:

- Asegurar la atención preferencial y el acceso universal, equitativo y oportuno en los servicios integrales de salud de calidad basados en la atención primaria, y aprovechar la medicina tradicional, alternativa y complementaria, de conformidad con la legislación nacional y con los usos y costumbres.



- Formular, implementar, fortalecer y evaluar políticas públicas, planes y estrategias para fomentar un envejecimiento activo y saludable.
- Fomentar políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva de la persona mayor.
- Fomentar, cuando corresponda, la cooperación internacional en cuanto al diseño de políticas públicas, planes, estrategias y legislación, y el intercambio de capacidades y recursos para ejecutar planes de salud para la persona mayor y su proceso de envejecimiento.
- Fortalecer las acciones de prevención a través de las autoridades de salud y la prevención de enfermedades, incluyendo la realización de cursos de educación, el conocimiento de las patologías y opinión informada de la persona mayor en el tratamiento de enfermedades crónicas y otros problemas de salud.
- Garantizar el acceso a beneficios y servicios de salud asequibles y de calidad para la persona mayor con enfermedades no transmisibles y transmisibles, incluidas aquellas por transmisión sexual.
- Fortalecer la implementación de políticas públicas orientadas a mejorar el estado nutricional de la persona mayor.
- Promover el desarrollo de servicios sociosanitarios integrados especializados para atender a la persona mayor con enfermedades que generan dependencia, incluidas las crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de Alzheimer.
- Fortalecer las capacidades de los trabajadores de los servicios de salud, sociales y sociosanitarios integrados y de otros actores, en relación con la atención de la persona mayor, teniendo en consideración los principios contenidos en la presente Convención.
- Promover y fortalecer la investigación y la formación académica profesional y técnica especializada en geriatría, gerontología y cuidados paliativos.
- Formular, adecuar e implementar, según la legislación vigente en cada país, políticas referidas a la capacitación y aplicación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, en relación con la atención integral de la persona mayor.
- Promover las medidas necesarias para que los servicios de cuidados paliativos estén disponibles y accesibles para la persona mayor, así como para apoyar a sus familias.
- Garantizar a la persona mayor la disponibilidad y el acceso a los medicamentos reconocidos como esenciales por la Organización Mundial de la Salud, incluyendo los fiscalizados necesarios para los cuidados paliativos.
- Garantizar a la persona mayor el acceso a la información contenida en sus expedientes personales, sean físicos o digitales.
- Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar.

En Panamá, la Ley No. 36 (de 2 de agosto de 2016) "Que establece la normativa para la protección integral de los derechos de las personas adultas mayores", en su Capítulo III sobre Políticas Públicas establece:

**Artículo 16.** Es responsabilidad del Estado brindar, a través de las entidades competentes, servicios de salud para las personas adultas mayores, con el fin de:



- Promover, mediante programas de nivel primario, secundario y terciario, en todas las instituciones de salud pública, a nivel nacional, las áreas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, así como la orientación en técnicas de estilo de vida saludable y autocuidado.
- Dirigir y promover las acciones de educación con programas de nivel primario, secundario y terciario en todas las instituciones de salud, públicas y privadas, tendientes a fomentar entre las personas adultas mayores los buenos hábitos de salud para mantenerla y prevenir enfermedades, los estilos de vida saludables, el autocuidado, la curación, la rehabilitación y los cuidados paliativos.
- Desarrollar programas de capacitación gerontológica y geriátrica relativos al proceso de envejecimiento, dirigidos a médicos, enfermeras y auxiliares.
- Garantizar el presupuesto necesario para el cumplimiento de los fines previstos en este artículo.

### Deberes

La persona adulta mayor junto con todos los derechos que le asisten en materia de salud tiene también deberes que cumplir, de acuerdo con sus capacidades, a fin de propiciar un envejecimiento saludable, promover el autocuidado, vivir lo más independientemente posible y mantener la calidad de vida a medida que se envejece, entre los que se destacan:

- Autocuidado: seguir los tratamientos y prescripciones médicas; si bien se reconoce el derecho a la autonomía y a que se pueda renunciar a recibir tratamientos o asistencia en salud, siempre y cuando no afecten a derechos de terceros.
- Cuidar la salud física, mental y cognitiva, a través de medidas como: mantenerse activo, comida saludable, limitar el consumo de alcohol, descanso adecuado, realizar actividades recreativas o pasatiempos, que permitan fortalecer sus capacidades y contribuyen positivamente al envejecimiento saludable.
- Acudir a los servicios de salud cuando es necesario.
- Tomar decisiones y responsabilizarse de sus actos y resultados.
- Colaborar con los profesionales de la salud en los seguimientos de citas, terapias, dietas y recomendaciones de sostenimiento y mantenimiento de acuerdo con su nivel de autonomía.
- Tratar con respeto y consideración a los profesionales de la salud que les brindan asistencia y atención.
- Informarse, buscando fuentes confiables, para obtener información sobre temas de salud, tratamientos, terapias y demás, que les afecten o sean de su interés.
- Comunicar a sus cuidadores y/o personal de atención, cuando tenga alguna necesidad, se vean afectadas sus capacidades o se presenten cambios que desmejoren su condición de salud.
- Emitir sus opiniones cuando considere que algún tratamiento o acción terapéutica coacciona sus derechos o por alguna razón no esté de acuerdo en recibirlo, a fin de buscar alternativas y ser orientado adecuadamente.



## Servicios Orientados a Conservar la Salud

### El Control de Salud

El control de salud constituye la actividad esencial de la atención primaria dirigida a las personas mayores. Debe realizarse de manera integral, periódica y multidisciplinaria, centrada en la persona y orientada a la detección temprana de factores de riesgo, enfermedades crónicas y síndromes geriátricos.

Durante cada visita, se debe actualizar la historia clínica y revisar el plan de atención individual, evaluar adherencia al tratamiento, autocuidado y entorno social, registrar los resultados de laboratorios y tamizajes realizados, orientar sobre alimentación saludable, actividad física segura y salud mental, indicar interconsultas o derivaciones cuando se detecten hallazgos relevantes.

Cada control debe incluir una evaluación clínica completa, con énfasis en los determinantes de la salud, el entorno familiar y comunitario, y la funcionalidad del individuo. El profesional médico y el equipo interdisciplinario valorarán de forma sistemática el estado general, la presión arterial, la frecuencia cardiaca, el peso, la talla y el perímetro abdominal, junto con la aplicación de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) para identificar fragilidad, dependencia funcional y deterioro cognitivo o emocional.

Como parte de este proceso, se revisarán los exámenes de laboratorio, estudios de gabinete y tamizajes recomendados según edad y condición clínica, garantizando un abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico coordinado.

Los controles periódicos deben realizarse al menos una vez al año en personas mayores sin comorbilidades y con independencia funcional, mientras que quienes presentan enfermedades crónicas, polifarmacia o dependencia requieren evaluaciones más frecuentes según criterio clínico.

Este proceso de control no debe entenderse como un acto aislado, sino como parte de un seguimiento longitudinal y continuo, articulado con la red de servicios y programas de apoyo social. La información obtenida alimentará los indicadores de salud del programa y permitirá la estratificación de riesgo para orientar intervenciones preventivas y comunitarias.



## Controles en el Servicio de Salud Bucal

### Objetivos del control periódico de Salud Bucal

- Detectar precozmente lesiones orales, infecciones, candidiasis o lesiones potencialmente malignas.
- Prevenir caries radicular, enfermedad periodontal y complicaciones por prótesis o implantes.
- Identificar signos de mala adaptación protésica que interfieran con la alimentación o el habla.
- Promover hábitos de higiene bucodental adaptados a las condiciones funcionales y cognitivas del paciente.
- Fomentar la educación en salud oral y el autocuidado, incluyendo el uso adecuado de enjuagues fluorados, cepillos interdenciales y limpieza de prótesis.
- Evaluación clínica recomendada

### En cada control deben evaluarse

- Mucosa oral y lengua: descartar úlceras, irritaciones o leucoplasias.
- Encías y tejidos periodontales: observar sangrado, retracción o movilidad dentaria.
- Prótesis e implantes: revisar ajuste, estabilidad y limpieza.
- Saliva y lubricación oral: identificar xerostomía o hiposalivación, especialmente en usuarios de antidepressivos, antihipertensivos o anticolinérgicos.
- Higiene oral y función masticatoria.

### Factores de riesgo cariogénico

- Apiñamiento dental
- Maloclusiones dentales
- Herencia
- Momentos de azúcar por día
- Hábitos de higiene bucal
- Cepillado dental
- Uso de hilo dental
- Enjuagues bucales

### Frecuencia de visitas según características del Paciente

Características del paciente	Frecuencia de las Visitas a Servicio de Salud Bucal
Persona mayor Independientes con movilidad, comorbilidades, tomando medicamentos con o sin prótesis (removibles, totales) e implantes dentales, con factores de riesgo cariogénico bajo	2 veces al año (cada 6 meses)
Con riesgo cariogénico moderado	3 veces al año (cada 4 meses)
Con riesgo cariogénico es alto, inclusive según requerimientos bucales del paciente	4 veces al año (cada 3 meses)



### Uso de prótesis dentales

Los pacientes portadores de prótesis (removibles o totales) o implantes deben recibir supervisión periódica para garantizar el mantenimiento de una correcta adaptación, prevenir infecciones periimplantarias y asegurar una adecuada función masticatoria.

El uso de prótesis mal ajustadas puede generar lesiones crónicas, alteraciones digestivas y pérdida de peso, por lo que la evaluación de ajuste y limpieza debe ser parte de cada control odontológico. Asimismo, los pacientes con implantes dentales requieren controles radiográficos y clínicos periódicos para detectar signos tempranos de periimplantitis.

Pacientes con prótesis totales y/o parciales se debe evaluar la condición y porosidad de ésta, con la finalidad de conocer si ya cumplió la vida útil, si se requieren hacer las modificaciones necesarias para aliviar áreas de presión, ajustar ganchos de prótesis removibles y pulir la prótesis. Igualmente, evaluar la mucosa y el hueso sobre el que actúa, descartando áreas de presión, traumas repetitivos sobre mucosa, candidiasis, xerostomía y otras enfermedades.

En el caso de que el paciente tenga uno o más implantes se debe evaluar su condición y el de la mucosa, evitando que haya movilidad y de ser necesario realizar radiografías, resonancias, Tomografía- CAT u otros.

### Recomendaciones complementarias

- Promover el uso de cepillos de mango grueso o eléctricos en personas con limitaciones de movilidad.
- Evaluar la necesidad de enjuagues fluorados, clorhexidina o saliva artificial según el caso clínico.
- Reforzar la educación en higiene de prótesis y almacenamiento nocturno adecuado.
- En pacientes institucionalizados o dependientes, implementar controles odontológicos dentro de los programas de atención primaria, en coordinación con el equipo de salud.
- Documentar en la historia clínica los hallazgos orales, tratamientos realizados y recomendaciones entregadas.

### Aspectos clínicos para considerar en la Salud Bucal de Personas Mayores

- Importante, hay que destacar si son pacientes que requieren cualquier operación quirúrgica, tratamientos oncológicos o inmunosupresores deben tener evaluación y tratamiento bucal previo a los mismos.
- Si el paciente es cardiópata con marcapaso se recomienda precaución y consultar con el cardiólogo (verificando la recomendación del fabricante) antes de la profilaxis bucal con cavitrón dental (pueden afectar su funcionamiento) y en su reemplazo hacer la limpieza manual como el raspado y alisado radicular. Es importante mantener la higiene periodontal para evitar mayor riesgo en su condición de cardiopatía. Igualmente debe tenerse presente que puede ser necesario antibioterapia previa a la atención e interacción entre medicamentos.
- Las personas con diabetes tienen mayor probabilidad de tener enfermedad periodontal, infección de las encías y del hueso alveolar que mantienen los dientes en su lugar; Los niveles de insulina altos en sangre pueden debilitar los glóbulos blancos. Estos son el modo principal que tiene su cuerpo para luchar contra las infecciones que se pueden producir en la boca.



- Al tener niveles de glucosa elevados en sangre también lo estarán en saliva y las bacterias presentes en la biopelícula o placa dental, sustancia pegajosa, se alimentan del azúcar, pudiendo causar caries y enfermedad periodontal; las caries dentales no tratadas conllevan a la mayor destrucción de la estructura dental y futura pérdidas dentales.
- Los pacientes con diabetes que presenten enfermedad periodontal pueden ser más grave y difícil su manejo demorando más tiempo para sanar.
- La Azitromicina, si su médico le ha indicado que padece una intolerancia a ciertos azúcares, consulte con él antes de tomar este medicamento. Los pacientes con diabetes mellitus deben tener en cuenta que este medicamento contiene 3,869 g de sacarosa por cada 5 ml de suspensión reconstituida.
- En el caso de pacientes encamados debe capacitarse al cuidador o cuidadores de forma que sea el responsable de la higiene bucal inclusive si la alimentación es por sonda nasogástrica u otra. Igualmente se puede coordinar con el equipo de la instalación de salud más cercana para saber si tienen el programa de la visita domiciliaria, en el caso del Seguro Social es SADI (Sistema de Atención Domiciliaria integral) y Ministerio de Salud es el PAD (Programa de Atención Domiciliaria) de manera que se establezcan citas periódicas según capacidad resolutive de la instalación sanitaria y cantidad de pacientes afiliados al programa.
- Tome precauciones en pacientes que usen o vayan a utilizar bifosfonatos y en pacientes oncológicos por lo que sugerimos controles para el cuidado de su salud bucal; también recomendamos controles en pacientes diabéticos y en aquellos con falta de piezas dentales así como, en pacientes con valvulopatías (reumáticas y no reumáticas), antecedentes previos de endocarditis infecciosas, pacientes con reemplazo valvular, cardiopatías congénitas, miocardiopatía hipertrófica y otras intervenciones cardiacas por el riesgo aumentado de endocarditis; debido a las infecciones dentales y periodontales o procedimientos odontológicos invasivos pueden desarrollar esta patología.
- La salud bucal forma parte integral del bienestar general y tiene un impacto directo en la nutrición, el habla, la autoestima y la calidad de vida de las personas mayores. El envejecimiento conlleva cambios fisiológicos en la cavidad oral, entre ellos la disminución del flujo salival, la pérdida de piezas dentarias, la presencia de prótesis removibles o implantes, y el uso de múltiples medicamentos que pueden alterar la mucosa bucal o generar xerostomía.



**Listado de Laboratorios para Control de Salud**

Grupo de Pruebas		Objetivo Clínico	Frecuencia	Observación	Fuente
<b>Biometría hemática completa (BHC)</b>	Evaluación de anemia, infecciones o alteraciones hematológicas frecuentes en mayores.	Anual o según síntomas clínicos.	Los pacientes que usan metformina por un tiempo prolongado pueden tener deficiencia de vitamina B-12, por lo que recomendamos medir sus niveles, su deficiencia ocasiona anemia megaloblástica (VCM aumentado), neuropatía y deterioro cognitivo.	OMS; Guías clínicas generales	
<b>Electrolitos séricos</b>	Detección y seguimiento de alteraciones hidroelectrolíticas; monitoreo en uso de diuréticos, IECA/ARA-II, antagonistas de aldosterona o en ERC.	Anual o según clínica; En DM/HTA/ERC o uso de fármacos que alteren el K/Na; cada 3-6 meses o según control.	Hay que recordar que muchos medicamentos utilizados en pacientes con enfermedades crónicas alteran los niveles de electrolitos. Alteraciones en electrolitos pueden provocar de astenia, adinamia, inapetencia, debilidad generalizada y el delirium que puede ser hipotactivo, hiperactivo o mixto, entre otros síntomas.	KDIGO 2024 ACC AHA HTA 2017	
<b>Perfil Lipídico</b>	Evaluación del riesgo cardiovascular y control del tratamiento con estatinas	Cada 4-12 semanas tras iniciar o ajustar tratamiento. Luego cada 3-12 meses.	Ayuno no obligatorio para perfil lipídico rutinario; usar muestra no en ayunas es aceptable en control. En mayores, priorizar % de reducción de LDL-C y la adherencia a estatina; controlar perfil 4-12 semanas tras iniciar/ajustar y luego cada 3-12 meses. Si hay síntomas de miopatía o hepatotoxicidad pedir CK/ALT (No monitorear en forma rutinaria) Considerar causas secundarias (hipotiroidismo, nefrosis, colesteasis, fármacos).	USPSTF 2022 AHA 2018	
<b>Control glucémico</b>	Tamizaje y seguimiento de diabetes tipo 2 o prediabetes	Cada 3 años si normal HbA1c 2 veces/año si control estable Trimestral si descontrolado.	Umbral diagnóstico: HbA1c ≥6,5 % o glicemia en ayunas ≥126 mg/dL (confirmar en 2 tomas si asintomático). Prediabetes: HbA1c 5,7-6,4 % o Glicemia en Ayunas 100-125 mg/dL (Intervenir estilo de vida). En mayores, individualizar metas de HbA1c (p. ej., ≈7-7,5 % si robustos; 7,5-8,0 % si fragilidad/comorbilidad), priorizando evitar hipoglucemia. Evitar sobre-solicitar si tiene control estable; interpretar Glicemia en ayunas con enfermedad aguda, corticoides o cambios dietarios. Complementar con ACR en orina anual en DM.	USPSTF 2021 ADA 2025	
<b>Función Renal</b>	Detección y seguimiento de enfermedad renal crónica en mayores con factores de riesgo (HTA, DM).	Anual o según evolución de enfermedad de base.	Calcular la TFG en pacientes con valores de creatinina elevados (usar CKD-EPI 2021). Si presenta disminución en su TFG indicar un USG renal. Es frecuente que los hipertensos también cursen con hiperuricemia.	KDIGO 2024	
<b>Función hepática</b>	Control de función hepática en usuarios de fármacos hepatotóxicos o con enfermedad crónica.	Anual o según condición clínica.	Basal antes de fármacos potencialmente hepatotóxicos; no repetir de rutina si asintomático y enzimas normales. Si persisten elevadas, descartar esteatosis/metabólica, alcohol, medicamentos, colesteasis u hepatitis viral; considerar USG hepático. En tratamiento con estatinas: la elevación leve/asintomática suele ser transitoria; evaluar síntomas antes de suspender.	CDC AASLD	



**Listado de Laboratorios para Control de Salud**

Grupo de Pruebas		Objetivo Clínico	Frecuencia	Observación	Fuente
Uroanálisis Examen general de orina		Tamizaje de proteinuria, infecciones urinarias, hematuria o glucosuria.	Anual o según condición clínica.	Síndromes. <b>Glomerulonefritis</b> : descartar infecciones urinarias. <b>Hipertensos y Diabéticos</b> : descartar daño a órgano blanco (proteinuria, hematuria y glucosuria en pacientes con diabetes). <b>Glomerulonefritis</b> : cánceres de vías urinarias o próstata y litiasis: proteinuria, hematuria y cilindros; si solo es hematuria microscópica asintomática se debe repetir el uroanálisis, de persistir positivo puede ser secundario a atrofia del tracto urétral propia del envejecimiento. En el caso de las mujeres está indicado evaluación de Ginecología para valorar necesidad de uso de estrógenos vaginales para descartar Litiasis Renoureteral. <b>Neoplasia renal o vesical y/o prostática</b> : en personas mayores realizar los estudios de gabinete correspondiente iniciando por USG renal, vesical y prostática y de ser necesario según solicitud de radiología completar con UROCT simple y contrastado de ser necesario vs RMN o Centelleo óseo.	Guías geriátricas clínicas internacionales
<b>Heces</b> Examen general de heces Sangre oculta en heces		Diagnóstico diferencial de trastornos como infecciones gastrointestinales, síndromes de malabsorción y enfermedades inflamatorias intestinales o cáncer	Anual o según condición clínica.	Requiere restricciones dietéticas y tres muestras de heces. Requiere una buena adherencia durante múltiples rondas de pruebas. No requiere preparación intestinal, anestesia ni transporte hacia y desde el examen de detección.	US Preventive Services Task Force. (2021). Screening for Colorectal Cancer
<b>Función cardíaca</b> El BNP (Péptido Natriurético Cerebral) y su fracción más estable NT-proBNP (N-terminal pro-brain natriuretic peptide)		Detección y seguimiento de insuficiencia cardíaca (especialmente disfunción diastólica o subclínica). Evaluar pacientes con disnea o factores de riesgo cardiovascular.	Según criterio clínico: en presencia de síntomas respiratorios o cardiovasculares nuevos o empeoramiento de patología conocida. No se recomienda como tamizaje rutinario.	Se puede realizar en pacientes Hipertensos para descartar daño a órgano blanco. Considera realizar esta prueba en pacientes diabéticos para la prevención de falta cardíaca (los péptidos natriuréticos pueden estar elevados en ancianos, insuficiencia renal, embolismo pulmonar y otro tipo de lesiones cardíacas).	AHA ACC 2022
<b>Metabolismo óseo y micronutrientes:</b> Calcio, Fósforo, Vitamina D, TSH y T4 libre (Si indicado)		Evaluación de metabolismo óseo, trastornos tiroideos o deficiencias nutricionales.	Cada 1-2 años o según sospecha clínica	En pacientes hipertenso, constituye una causa secundaria de hipertensión arterial. Medir 25-OH vitamina D cuando haya caídas, fractura, osteoporosis, malabsorción o uso de fármacos que alteren el metabolismo óseo; no como tamizaje universal. Evitar suplementación alta de calcio sin indicación (riesgo de litiasis); preferir aporte dietario. TSH/T4: solicitar ante sospecha clínica (p. ej., pérdida/ganancia de peso, bradicardia/taquicardia, cambios cognitivos/ánimo) o dislipidemia refractaria; repetir anomalías leves en 6-8 semanas antes de tratar.	USPSTF Endocrine Society 2024



<p><b>Infecciones crónicas</b> VIH, Hepatitis B (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc), Hepatitis C (anticuerpos HCV)</p>	<p>Tamizaje de infecciones virales de curso crónico o silencioso en adultos mayores.</p>	<p>Una vez en la vida; repetir si hay factores de riesgo nuevos.</p>	<p>VHC: tamizaje una vez (18–79 años) con anti-VHC; si positivo, confirmar por PCR y vincular a tratamiento. VHB (CDC 2023): realizar panel triple (HBsAg, anti-HBs, anti-HBc) una vez en la vida; documentar vacunación si susceptible. VIH: tamizaje universal 15–65 años; &gt;65 si riesgo (nueva pareja, ITS, uso de drogas inyectables). Repetir si aparecen nuevos factores de riesgo.</p>	<p>CDC 2023; USPSTF 2020</p>
--	--	--	--	----------------------------------



### Detección de hipertensión arterial

Realizar toma de presión arterial en cada consulta, se recomienda el uso de dispositivos aneroides / electrónicos de brazaletes validados para la toma de presión. Si el perímetro del brazo rebasa la capacidad del brazalete, se hace la toma en el antebrazo.

Utilizaremos la Guía ESC de HTA 2024 como referencia para el diagnóstico de Hipertensión arterial:

Presión arterial elevada: Pacientes en riesgo (120-139/70-89 mmHg) recomendar medidas dietéticas y actividad física para prevenir el desarrollo de HTA.

Para hacer el diagnóstico, recordar hacer 3 tomas y sacar el promedio de estas. (Promedio de la sistólica y Promedio de la diastólica)

Valores de Referencia para sospecha de Hipertensión Arterial

Tipo de Toma de Presión	Valor de Referencia
Presión arterial tomada en casa	$\geq 135/85$ mmHg
Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial de 24 horas	$\geq 130/80$ mmHg
Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial diurno	$\geq 135/85$ mmHg
Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial nocturno	$\geq 120/70$ mmHg
Presión arterial tomada en consultorio	$\geq 140/90$ mmHg

### Detección de prediabetes y diabetes mellitus

- Realizar glucemia en ayuna y hemoglobina glicosilada en pacientes con sobrepeso y obesidad hasta los 70 años como prueba de cribado.
- La prevalencia de la DM-II y de la fragilidad aumentan con la edad y se estima que la presencia de fragilidad es de 3 a 5 veces mayor entre las personas con DM-II que entre las que no la tienen.
- En pacientes prefrágiles y frágiles, la Valoración Geriátrica Integral es crucial para establecer un diagnóstico situacional y elaborar un plan de intervención individualizado.
- La individualización es clave en los objetivos de control glucémico en pacientes frágiles con DM-II, ajustando las metas según el grado de fragilidad (índice Frágil- VIG).

### Estudios de Gabinete

#### Electrocardiograma

No se recomienda realizar un electrocardiograma (EKG) de rutina como parte del control periódico de salud en adultos mayores asintomáticos sin factores de riesgo cardiovascular establecidos.

Esta prueba está indicada de manera selectiva en el contexto de control de salud de la PAM cuando existen factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, dislipidemia, tabaquismo, enfermedad renal crónica) o síntomas compatibles con enfermedad cardíaca (disnea, palpitaciones, mareos, síncope, dolor torácico atípico). La Guía ESC sobre hipertensión 2024 recomienda repetir el EKG cuando exista



una alteración en el pulso o síntomas cardíacos. La decisión en la frecuencia para la toma de estos estudios queda a discreción del médico tratante.

Se justifica su realización en mayores que van a iniciar fármacos con posible efecto pro arrítmico (por ejemplo, antidepresivos tricíclicos, macrólidos, antipsicóticos), o en aquellos con antecedentes personales de enfermedad coronaria o insuficiencia cardíaca. En estos casos, el EKG contribuye a establecer un registro basal para comparación futura, detectar arritmias o signos de hipertrofia ventricular, y orientar decisiones terapéuticas o derivaciones oportunas.

#### Ultrasonido (USG) Hepatobiliar en el control de salud

El ultrasonido hepatobiliar (USG) constituye una herramienta no invasiva, accesible y segura para la detección temprana de enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA), condición altamente prevalente en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, obesidad, dislipidemia o síndrome metabólico. En el marco del control de salud, su indicación se justifica en la evaluación de estos grupos de riesgo, dado que la EHGNA puede progresar de manera silenciosa hacia esteatohepatitis, fibrosis avanzada, cirrosis o carcinoma hepatocelular.

La evidencia sugiere que la detección temprana mediante USG permite intervenir oportunamente con cambios en el estilo de vida, control glucémico y optimización del peso corporal, reduciendo el riesgo de complicaciones hepáticas y cardiovasculares. En adultos mayores, debe considerarse especialmente en quienes presentan alteraciones persistentes de transaminasas (ALT/TGO), hepatomegalia, o síndrome metabólico. Su uso rutinario no está indicado en individuos sin factores de riesgo o con pruebas hepáticas normales, pero forma parte del enfoque integral preventivo cuando coexisten comorbilidades metabólicas o antecedentes de hepatopatía.

#### Radiografía de tórax

La radiografía de tórax no se recomienda como parte del control rutinario en personas adultas mayores asintomáticas sin antecedentes de enfermedad respiratoria o exposición ocupacional. La evidencia disponible demuestra que su uso sistemático no mejora los desenlaces de salud ni la detección temprana de cáncer pulmonar, y puede generar hallazgos incidentales que conduzcan a procedimientos innecesarios. En cambio, debe reservarse para evaluaciones clínicas dirigidas, especialmente ante la presencia de síntomas respiratorios (tos persistente, disnea, hemoptisis, dolor torácico), hallazgos anormales en la auscultación, o en el seguimiento de enfermedades pulmonares o cardíacas conocidas (EPOC, fibrosis pulmonar, insuficiencia cardíaca, tuberculosis previa, entre otras).

En el marco del control de salud de la PAM, la indicación selectiva del estudio incluye a personas con antecedentes de tabaquismo crónico, exposición prolongada a biomasa o antecedentes de tuberculosis, dado el mayor riesgo de enfermedad pulmonar estructural. En estos casos, la radiografía de tórax puede contribuir al diagnóstico temprano de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquiectasias o secuelas fibróticas, y orientar la necesidad de estudios complementarios (como la espirometría o el TAC de tórax). Su repetición periódica debe individualizarse, priorizando la evaluación clínica y evitando la exposición innecesaria a radiación.



### Valoración Geriátrica Integral - VGI

La VGI es una actividad multidisciplinaria que involucra al médico, la enfermera, salud mental, medicina física, farmacia, trabajo social y nutrición. Se utilizan instrumentos validados para la búsqueda de condiciones de los cuales presentaremos los de mayor utilidad práctica en la atención primaria.

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) constituye el instrumento clínico de mayor evidencia científica para la atención de personas mayores. Se trata de un proceso multidimensional, interdisciplinario y continuo, diseñado para identificar problemas médicos, funcionales, mentales y sociales que pueden pasar inadvertidos en la práctica clínica convencional, permitiendo desarrollar planes de atención personalizados y coordinados.

Diversos estudios han demostrado que la aplicación sistemática de la VGI mejora los desenlaces clínicos en adultos mayores, reduciendo la mortalidad, las hospitalizaciones evitables y la institucionalización, al tiempo que aumenta la independencia funcional y la calidad de vida.

Se ha documentado, además, una disminución del 20 % en los ingresos hospitalarios y del 23 % en la mortalidad al año, cuando la atención geriátrica se organiza con base en una VGI estructurada.

En Panamá, su incorporación en la práctica clínica es especialmente relevante, dado el incremento sostenido de la población de 60 años y más, caracterizada por multimorbilidad, polifarmacia y fragilidad progresiva. En este contexto, la VGI permite una visión integral que trasciende el diagnóstico puntual y orienta la atención hacia la preservación de la capacidad funcional y la autonomía.

En el marco de la Atención Primaria de Salud (APS), la VGI representa una herramienta esencial para implementar un modelo de atención centrado en la persona y basado en la continuidad del cuidado. Su enfoque permite detectar tempranamente la fragilidad, las alteraciones cognitivas, los riesgos nutricionales y los factores sociales que condicionan la salud, garantizando una respuesta oportuna y coordinada por parte del equipo multidisciplinario.

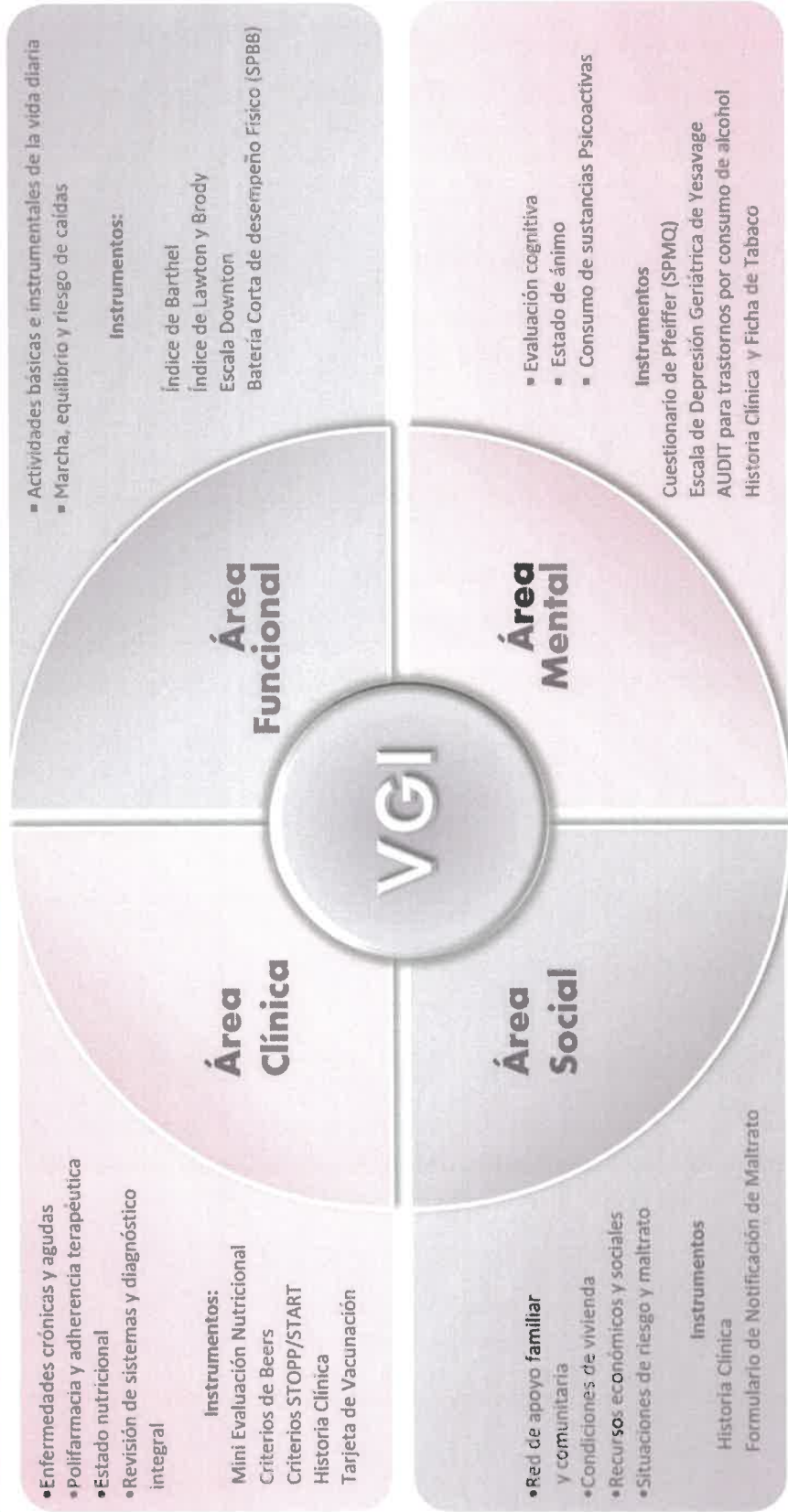
El proceso de VGI abarca cuatro grandes áreas interrelacionadas: clínica, funcional, mental y social, las cuales conforman un marco integral de valoración que facilita la toma de decisiones compartidas entre el paciente, la familia y el equipo de salud. La imagen que acompaña este capítulo ilustra la interacción entre estos componentes, resaltando que la evaluación geriátrica no debe entenderse como una sumatoria de escalas, sino como un proceso dinámico, longitudinal y centrado en la persona.

Su aplicación periódica en la APS contribuye a mejorar la continuidad del cuidado, racionalizar el uso de medicamentos, prevenir el deterioro funcional y fortalecer la coordinación entre los niveles de atención.

De esta forma, la VGI se convierte en un pilar operativo y objetivo del modelo de envejecimiento saludable y atención integral al adulto mayor, alineado con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para los sistemas de salud del siglo XXI.



# ESTRUCTURA DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL



### VGI – Área Clínica

El Área Clínica constituye el eje central de la Valoración Geriátrica Integral, pues permite identificar de forma sistemática las enfermedades agudas y crónicas, los síndromes geriátricos y los riesgos derivados de la polifarmacia, el estado nutricional y otros determinantes biológicos del envejecimiento.

Su abordaje debe ser multidimensional y centrado en la persona, buscando no solo diagnosticar, sino integrar la información clínica en un plan de atención coordinado y continuo.

#### Revisión de sistemas y diagnóstico integral

La revisión por sistemas debe abarcar los principales aparatos y funciones del organismo (cardiovascular, respiratorio, digestivo, genitourinario, neurológico, osteomuscular, sensorial), considerando la fisiología del envejecimiento.

Se debe realizar una historia clínica con antecedentes médicos, quirúrgicos, familiares y sociales además de un examen médico completo.

Esta revisión tiene el propósito de:

- Detectar enfermedades subdiagnosticadas.
- Identificar complicaciones crónicas en evolución.
- Reconocer factores que condicionen la funcionalidad, el equilibrio o la autonomía.
- El resultado de esta valoración clínica integral debe documentarse en una historia clínica estructurada, que sirva de base para los demás componentes de la VGI (funcional, mental y social) y permita la elaboración de un plan de cuidados personalizado y realista.

#### Inmunización

Hay que realizar un énfasis en la inmunización en la PAM, teniendo en consideración que hay que personalizar las recomendaciones ya que condiciones de comorbilidad y fragilidad pueden influir en la respuesta inmunitaria y tolerancia a las vacunas. Factores como el costo y la accesibilidad a las vacunas pueden afectar las tasas de vacunación en esta población.

#### Recomendaciones de Inmunización en la PAM

VACUNA	FRECUENCIA
Influenza	Anual
Neumococo	Según esquema nacional
COVID-19	Anual
Herpes Zoster	Dos dosis separadas por 2 a 6 meses
Tétano y difteria	Refuerzo de Td cada 10 años
Virus Sincitial Respiratorio	Una dosis



### Enfermedades crónicas y agudas

El primer paso de la evaluación clínica consiste en realizar un inventario completo de las patologías activas y pasadas de la PAM, evaluando su impacto funcional, el control terapéutico y la presencia de comorbilidades que puedan interactuar entre sí.

En esta etapa, es fundamental identificar síndromes geriátricos (caídas, incontinencia, demencia, fragilidad, sarcopenia, úlceras por presión, dolor crónico, entre otros), ya que su abordaje integrado mejora los desenlaces clínicos y reduce hospitalizaciones evitables.

Estudios como los de Ellis et al. (BMJ, 2011) demuestran que los programas basados en VGI logran una reducción significativa en la mortalidad y mayor probabilidad de que las PAM's permanezcan en su domicilio luego del alta hospitalaria.

### Polifarmacia y adherencia terapéutica

La polifarmacia definida como el uso simultáneo de cinco o más medicamentos. Esta puede ser apropiada en algunos casos, pero se vuelve problemática cuando el riesgo de interacciones medicamentosas o entre medicamentos y enfermedades supera los beneficios potenciales.

Se asocia al incremento en el riesgo de reacciones adversas a medicamentos, interacciones medicamentosas y no adherencia al tratamiento, lo que puede llevar a un declive funcional y a síndromes geriátricos, además incrementa el riesgo de hospitalización y mortalidad en las PAM's.

La evaluación farmacológica dentro del área clínica debe incluir:

- Revisión de todos los medicamentos prescritos y de venta libre.
- Evaluación de adherencia, duplicidad terapéutica y dosificación adecuada.
- Aplicación de instrumentos estandarizados como los Criterios de Beers (AGS 2023) y Criterios STOPP/START (versión 3, 2023), que permiten identificar prescripciones inapropiadas u omisiones terapéuticas.
- Implementación de estrategias de deprescripción racional para retirar medicamentos innecesarios o de riesgo, siguiendo un enfoque seguro y supervisado.

Esta revisión periódica contribuye a mejorar la seguridad del paciente y la calidad del tratamiento farmacológico, tal como recomienda la OMS en su informe *Medication Safety in Polypharmacy* (2019).

El manejo de la polifarmacia implica una evaluación cuidadosa de las necesidades de cada medicamento, la identificación de medicamentos de alto riesgo y la implementación de estrategias de desprescripción cuando sea apropiado.

Por lo anterior expuesto, recomendamos capacitar al médico tratante en el uso de tablas de medicación de alto riesgo en la PAM.

Los Criterios de Beers de la American Geriatrics Society (2023) constituyen una referencia internacional para la identificación de medicamentos potencialmente inapropiados en personas adultas mayores. Se recomienda como guía complementaria para la revisión terapéutica.



De igual manera los Criterios STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions)/START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Han demostrado una mayor sensibilidad que los criterios de Beers y aportan el valor añadido de detectar no sólo la prescripción inadecuada por determinados fármacos, sino también por falta de prescripción de medicamentos indicados.

Puede acceder a los criterios en línea:



Criterios STOPP/START



Criterios de Beers

Para los fines de hacer más sencilla la evaluación farmacológica de la persona mayor recomendamos seguir los siguientes descritos en el siguiente esquema.

### Desprescripción de medicamentos

La desprescripción consiste en retirar de manera planificada y segura los fármacos que ya no aportan beneficio clínico o representan riesgo para el paciente.

Debe realizarse tras una revisión integral del tratamiento y con consentimiento informado del paciente o su cuidador. Para hacerlo debemos identificar todos los fármacos que utiliza el paciente, evaluando la elegibilidad de cada medicamento para ser desprescrito evaluando lo siguiente:

- Indicación no válida.
- Prescripción en cascada.
- Daño actual o potencial de un fármaco que claramente superan cualquier beneficio potencial.
- Fármaco ineficaz para controlar una enfermedad o síntoma, o los síntomas han desaparecido.
- Fármaco preventivo que es improbable que confiera un beneficio notable teniendo en cuenta sus expectativas de vida

Fármacos que suponen una carga inaceptable.



## Pasos para la Evaluación Farmacológica en Personas Mayores

Elaboración: Dr. Félix Correa

### 1. Revisión integral y periódica del tratamiento

- Evaluar toda la medicación actual, incluyendo fármacos prescritos, productos de venta libre, suplementos y Fito terapéuticos.
- Realizar una revisión farmacológica completa al menos una vez al año, o con mayor frecuencia si hay cambios clínicos, hospitalización o aparición de efectos adversos.
- Verificar la necesidad, dosis, duración y duplicidad terapéutica de cada medicamento.

### 2. Considerar los cambios fisiológicos del envejecimiento

- En el adulto mayor se reducen la filtración glomerular, el metabolismo hepático, la masa muscular y el agua corporal total, lo que altera la farmacocinética y farmacodinamia.
- Ajustar dosis y frecuencia de administración según función renal (TFG) y peso corporal real, especialmente en fármacos de estrecho margen terapéutico (digoxina, warfarina, litio, teofilina).
- Evitar fármacos con vida media prolongada o con alto potencial de acumulación.

### 3. Evitar medicamentos potencialmente inapropiados

- Utilizar herramientas estandarizadas como los Criterios de Beers (AGS) o los Criterios STOPP, para detectar medicamentos de alto riesgo.

#### Evitar:

- Benzodiacepinas y sedantes de acción prolongada.
- Anticolinérgicos (amitriptilina, clorpromazina, oxibutinina).
- AINE en pacientes con insuficiencia renal o riesgo gastrointestinal.
- Antipsicóticos en demencia sin síntomas psicóticos graves.
- Meperidina y otros opioides de alto riesgo.
- Preferir alternativas seguras y usar la menor dosis eficaz durante el menor tiempo posible.

### 5. Vigilar interacciones y efectos adversos

- Evaluar posibles interacciones fármaco-fármaco, fármaco-alimento y fármaco-patología.
- Especial precaución con:
  - Combinación de opioides y benzodiacepinas (riesgo de depresión respiratoria).
  - Anticoagulantes y antiagregantes (riesgo de sangrado).
  - Polifarmacia con más de tres medicamentos del sistema nervioso central.
  - Documentar y monitorear efectos adversos en cada consulta.

### 6. Promover la adherencia terapéutica

- Simplificar los esquemas (una toma diaria cuando sea posible).
- Usar envases organizadores o recordatorios electrónicos.
- Verificar comprensión del paciente o cuidador sobre dosis y horarios.
- Evaluar barreras económicas o cognitivas que dificulten la adherencia.

### 7. Individualizar el tratamiento

- Basar la terapia en los objetivos de cuidado del paciente (control de síntomas, funcionalidad, calidad de vida).
- Evitar el enfoque exclusivamente biomédico; considerar el estado cognitivo, funcional y social.
- Priorizar tratamientos con impacto comprobado en supervivencia y bienestar, evitando sobretratamientos que generen iatrogenia

### 8. Documentar y coordinar la farmacoterapia

- Registrar los cambios, justificaciones y monitoreo de efectos adversos.
- Mantener comunicación entre niveles asistenciales (atención primaria, hospitalaria y farmacia).
- Incluir la revisión farmacológica como parte obligatoria de la Valoración Geriátrica Integral (VGI).



### Automedicación y medicina naturista

La automedicación consiste en el uso de medicamentos sin receta para tratar trastornos o síntomas auto diagnosticados. Esto puede incluir el uso de medicamentos de venta libre disponibles sin receta médica en farmacias, el uso irregular de un medicamento recetado, generalmente en enfermedades crónicas o intermitentes, o el uso de medicamentos sobrantes de recetas anteriores. También incluye el uso de una amplia gama de medicina complementaria y alternativa, como medicamentos herbales (hierbas o preparados herbales), suplementos nutricionales, productos tradicionales y remedios caseros. (OMS, 2015)

La automedicación es más riesgosa en adultos mayores porque los cambios en las funciones orgánicas pueden alterar cómo el cuerpo procesa los medicamentos. Las diferentes farmacodinámicas y farmacocinéticas hacen que los problemas relacionados con los medicamentos sean más complicados en personas mayores en comparación con otros grupos de edad. Por lo tanto, la automedicación es un problema de salud importante entre este grupo y requiere atención especial para detectarlo en todas sus formas.

También puede retrasar el diagnóstico y el tratamiento adecuado de enfermedades, incluyendo afecciones neurológicas, lo que puede empeorar su evolución. Los analgésicos, los medicamentos para el resfriado y los gastrointestinales son los más usados en la automedicación

Los productos naturistas pueden interactuar de forma peligrosa con otros medicamentos que el adulto mayor ya está tomando, incluso si son de venta libre. Pueden ser ineficaces para tratar afecciones graves, creando una falsa sensación de seguridad y demorando la búsqueda de un tratamiento médico adecuado. A diferencia de los medicamentos farmacéuticos, los suplementos naturistas a menudo no están sujetos a rigurosos controles de seguridad y eficacia.

Es vital indagar sobre todos los medicamentos (tanto de prescripción como de venta libre), suplementos y hierbas medicinales que se consuman. El farmacéutico o médico deben brindar instrucciones claras y sencillas sobre los riesgos de la automedicación y medicina naturista.

### Evaluación del Estado nutricional

El proceso de evaluación nutricional de la PAM debe considerar los cambios fisiológicos, metabólicos y funcionales propios del envejecimiento, con el fin de identificar oportunamente el riesgo de desnutrición, sobrepeso, obesidad o sarcopenia. La valoración debe incluir indicadores antropométricos, clínicos y funcionales que reflejen de manera integral el estado nutricional.

La malnutrición en personas mayores es altamente prevalente y constituye un factor de riesgo de mortalidad, caídas, infecciones y deterioro funcional.

La evaluación debe incluir:

- Tamizaje nutricional con la Mini Evaluación Nutricional (MNA), validada para población comunitaria y hospitalaria.
- Valoración de peso corporal, índice de masa corporal, circunferencia de pantorrilla, apetito y cambios recientes en la ingesta.



- Revisión de marcadores bioquímicos cuando estén disponibles, interpretados en contexto clínico e inflamatorio.

La detección temprana de riesgo nutricional permite implementar intervenciones efectivas como suplementos proteico-calóricos, asesoría alimentaria o fisioterapia dirigida a mantener masa muscular y funcionalidad.

La evaluación nutricional debe ser integral, periódica y multidisciplinaria, involucrando médicos, nutricionistas, fisioterapeutas y cuidadores.

Se deben implementar programas de educación alimentaria dirigidos a familiares y cuidadores, orientados a la preparación de comidas saludables, seguras y culturalmente aceptadas.

Promover la actividad física adaptada para mantener la masa muscular, movilidad y equilibrio.

Fortalecer la vigilancia del estado nutricional mediante registros clínicos y seguimiento individualizado, especialmente en adultos mayores con enfermedades crónicas o institucionalizados.

Índice de Masa Corporal (IMC)

El IMC es un indicador útil para estimar el estado nutricional de la PAM. Sin embargo, los cambios en la composición corporal asociados al envejecimiento –como la disminución de masa muscular y el aumento de grasa corporal– deben ser considerados al momento de la interpretación.

Categorías de IMC para Adultos Mayores

Clasificación	Rango de IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Bajo peso	< 23.0
Normal	23.0 - 27.9
Sobrepeso	28.0 - 31.9
Obesidad	≥ 32

**Interpretación técnica:** Un IMC dentro del rango normal se asocia con menor riesgo de mortalidad y de enfermedades crónicas no transmisibles. Valores inferiores a 23 kg/m<sup>2</sup> pueden indicar riesgo de desnutrición o pérdida de masa muscular, mientras que valores superiores a 32 kg/m<sup>2</sup> sugieren obesidad y riesgo metabólico.

#### Indicadores nutricionales complementarios

El IMC no permite diferenciar masa magra de masa grasa; por tanto, debe complementarse con otros indicadores antropométricos y de composición corporal:

- Porcentaje de masa muscular: Evalúa la cantidad de tejido magro y permite identificar riesgo o presencia de sarcopenia, enfermedad caracterizada por la disminución progresiva de masa, fuerza y función muscular. La detección temprana es fundamental para prevenir discapacidad y deterioro funcional.
- Grasa visceral: Su exceso se asocia con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y síndrome metabólico. La medición mediante bioimpedancia o circunferencia abdominal es recomendada como parte de la evaluación integral.



- Agua corporal total: En el envejecimiento se reduce el contenido de agua corporal y la capacidad para mantener el equilibrio hídrico. Esto incrementa el riesgo de deshidratación, condición común y causa frecuente de hospitalización en esta población.

**Recomendaciones Técnicas:** Se recomienda utilizar equipos de bioimpedancia eléctrica multifrecuencia, adaptados para personas con movilidad reducida o pacientes encamados, que permitan obtener una valoración segura y precisa de los componentes corporales.

Requerimientos de Micronutrientes en la PAM

Durante el envejecimiento se presentan alteraciones fisiológicas que reducen el apetito, la absorción intestinal y la biodisponibilidad de nutrientes. Por ello, es necesario garantizar un adecuado aporte de micronutrientes mediante la alimentación y, cuando sea necesario, suplementación individualizada.

Micronutriente	Requerimiento Adulto mayor	Característica
Calcio	1200 mg/día	Fundamental para la salud ósea. Su baja reserva se asocia con osteopenia y osteoporosis. Debe acompañarse con vitamina D3 para favorecer su absorción intestinal.
Vitamina D3	15 µg/día (600 UI)	Esencial para la absorción del calcio y mantenimiento de la masa ósea. La síntesis cutánea disminuye con la edad. Se recomienda su consumo junto con vitamina K2, que facilita la fijación del calcio en huesos y dientes, evitando su depósito en arterias.
Hierro	8 mg/día	Aunque la absorción no se altera significativamente con la edad, la baja ingesta de alimentos fuente requiere reforzar su consumo y acompañarlo con vitamina C para mejorar su biodisponibilidad.
Vitamina C	90 mg/día	Potente antioxidante. Favorece la absorción del hierro no hemo y fortalece el sistema inmunológico.
Vitamina E	15 mg/día	Antioxidante liposoluble que protege membranas celulares. Contribuye a la salud ocular, cutánea y neurológica.
Magnesio	Hombres: 420 mg/día Mujeres: 320 mg/día	Participa en la función neuromuscular, metabolismo energético y mantenimiento óseo. Su déficit puede asociarse a fatiga crónica y calambres musculares, especialmente en personas que consumen diuréticos.

**Recomendaciones Técnicas:** Se sugiere el desarrollo o uso de complementos alimentarios formulados específicamente para adultos mayores, que aporten micronutrientes clave como calcio, vitamina D3, K2, B12, zinc, magnesio y proteínas de alto valor biológico.

Recomendaciones de Alimentación Diaria para la PAM Sana

El plan alimentario debe promover una nutrición adecuada, equilibrada y adaptada a las condiciones fisiológicas de la PAM, priorizando la densidad nutricional sobre el volumen, para evitar el riesgo de desnutrición por inapetencia o dificultades masticatorias.



Alimento	Frecuencia	Cantidades	
		masculino	femenino
<b>Arroz o pasta</b>	Diario	Masculino: 1½ taza (3 cucharones)	1 taza (2 cucharones)
<b>Menestras</b>	Mínimo 3 veces por semana	1 taza	1 taza
<b>Pan, tortilla, cereales, plátano o papa</b>	Diario	Según preferencia y tolerancia	
<b>Frutas</b>	Diario	4 porciones	4 porciones
<b>Vegetales</b>	Diario	1 taza	1 taza
<b>Carnes</b>	Pollo/pavo: 3-4 veces/semana Pescado: 2-3 veces/semana Res/puerco: 1 vez/semana	4 onzas (2 presas pequeñas)	4 onzas (2 presas pequeñas)
<b>Huevo</b>	Mínimo 3 veces por semana	1 unidad	1 unidad
<b>Lácteos (leche o yogurt)</b>	Diario	1 vaso	1 vaso
<b>Azúcar</b>	Diario	5 cucharaditas	5 cucharaditas
<b>Grasas saludables</b>	Diario	Masculino: 5 cucharaditas	3 cucharaditas

#### Consideraciones dietéticas

- Fraccionar la alimentación en 5-6 tiempos de comida para favorecer la digestión.
- Priorizar fuentes de proteína de alta calidad (1.0-1.2 g/kg/día) para mantener masa muscular.
- Promover el consumo de agua, infusiones y caldos ligeros: al menos 1.5-2.0 litros diarios, salvo contraindicación médica.
- Evitar el exceso de sodio y azúcares simples.

#### Sugerencias de Menús Adaptados para las Personas Mayores

Los menús deben considerar la inapetencia, la pérdida de piezas dentales, las dificultades de deglución y las alteraciones digestivas comunes en el envejecimiento. Se recomienda adaptar las texturas (trituradas, licuadas o blandas) según la tolerancia individual.

#### Desayunos

- Pan de avena con mantequilla y queso amarillo, 1 huevo cocido, ½ taza de fruta picada, café o té.
- Pancakes de avena con guineo maduro y huevo, acompañados de huevos revueltos y fruta picada.
- Otoe o yuca cocida, bistec de hígado encebollado, queso blanco bajo en sal y fruta picada.
- Carimañolas asadas con torta de huevo y jamón, fruta picada y té.



#### Meriendas

- Frutas blandas (enteras, picadas o licuadas).
- Yogurt con avena o granola suave.
- Batido de leche con avena y frutas.
- Gelatina baja en azúcar con trozos de fruta natural.

#### Almuerzos

- Guacho de arroz con lentejas y carne desmenuzada, ensalada de vegetales.
- Sopa de pollo con verduras picadas, arroz y ensalada.
- Arroz con zapallo o zanahoria, filete de pescado a la plancha y ensalada.
- Ensalada de papa, zanahoria y habichuelas con albóndigas de pavo molido.

#### Cenas

- Puré de papa o zapallo, pollo molido con condimentos naturales y ensalada.
- Plátano maduro cocido, carne molida de cerdo y ensalada de vegetales.
- Crema de zapallo o papa, tortita de carne molida tipo hamburguesa.
- Tortilla española (huevo, papa cocida y cebolla), caldo de pollo y licuado de frutas.

#### Merienda nocturna

- Leche tibia o yogurt natural.
- Té de hierbas o infusión con galletas bajas en sal y azúcar.



### VGI – Área Funcional

El Área Funcional permite evaluar la capacidad de la PAM para realizar de manera independiente las actividades necesarias para su autocuidado y participación social. Es uno de los predictores más sólidos de salud, calidad de vida y supervivencia en esta población.

Su evaluación orienta la toma de decisiones sobre rehabilitación, cuidados domiciliarios, institucionalización, e incluso sobre la intensidad del tratamiento médico.

### Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria

La evaluación funcional debe comenzar con la medición de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), que reflejan la autonomía de la PAM en tareas como bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, mantener la continencia y usar el baño (*Ver Anexo 1*).

El Índice de Barthel es el instrumento recomendado, con puntuaciones que permiten clasificar al individuo desde dependencia total hasta independencia completa.

Complementariamente, las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) miden la capacidad para manejar tareas más complejas, como el uso del teléfono, preparación de comidas, compras, manejo de dinero, medicación y transporte (*Ver Anexo 2*).

Para ello se utiliza el Índice de Lawton y Brody, el cual detecta de manera sensible los primeros signos de pérdida de autonomía, incluso antes de que las ABVD se vean afectadas.

Estas escalas son sencillas, reproducibles y validadas internacionalmente, y su aplicación periódica permite monitorear cambios funcionales y orientar intervenciones de rehabilitación o apoyo social.

### Marcha, equilibrio y riesgo de caídas

El deterioro del equilibrio y la marcha son manifestaciones tempranas de fragilidad y predictores de eventos adversos como caídas, hospitalización o discapacidad.

La evaluación debe incluir:

- Observación directa de la marcha y postura.
- La Prueba Corta de Desempeño Físico (Short Physical Performance Battery - SPPB) es una herramienta breve y validada para evaluar que evalúa equilibrio, velocidad de la marcha y fuerza de extremidades inferiores. Es ampliamente utilizada para medir la función de las extremidades inferiores y se compone de tres pruebas: equilibrio en tres posiciones, velocidad de la marcha en un recorrido de 4 metros y la prueba de levantarse de una silla 5 veces. Se suma el puntaje de la evaluación de los apartados y si el puntaje es <8 puntos se identifica un desempeño físico bajo. Es útil para estratificar el riesgo de caídas, identificar el fenotipo de fragilidad y predecir síndromes geriátricos en las PAM's que viven en la comunidad (*Ver Anexo 3*).
- La Escala Downton es otro instrumento útil para valorar el riesgo de caídas, integrando antecedentes, uso de medicación, déficits sensoriales, estado mental y marcha.
- Revisión de factores intrínsecos (neurológicos, cardiovasculares, musculoesqueléticos) y extrínsecos (ambiente, calzado, medicamentos).



La identificación temprana de alteraciones funcionales posibilita la implementación de programas de ejercicio terapéutico, fisioterapia, ergonomía y modificación del entorno, estrategias que han demostrado reducir significativamente la incidencia de caídas y el deterioro funcional (WHO, 2020; CDC STEADI Program, 2023).

La pérdida funcional se asocia directamente con un aumento en la mortalidad, mayor riesgo de institucionalización y menor calidad de vida.

Estudios longitudinales, como el de Studenski et al. (JAMA, 2011), confirman que una mayor velocidad de marcha se correlaciona con mayor supervivencia, por lo que este parámetro debe considerarse un marcador de salud integral.

De igual modo, la combinación de pruebas simples (Barthel, Lawton, SPPB) proporciona una visión global del envejecimiento funcional y su trayectoria.

En atención primaria y hospitalaria, la valoración funcional es fundamental para planificar el alta, definir apoyos domiciliarios y ajustar el tratamiento médico a la capacidad real del paciente.

### Otros Síndromes geriátricos

Los síndromes geriátricos son condiciones comunes en las PAM's que resultan de la interacción de múltiples factores incluyendo el envejecimiento, las enfermedades crónicas y los factores psicosociales. Además de los ya mencionados, se encuentra el delirio que es un estado agudo de confusión que puede ser precipitado por infecciones, medicamentos o cambios en el entorno.

Las caídas son una causa importante de morbilidad y mortalidad en ancianos, a menudo relacionadas con fragilidad y deterioro funcional. La fragilidad es un estado de vulnerabilidad aumentando a eventos adversos de salud, caracterizado por debilidad, pérdida de peso y baja actividad física.

La sarcopenia es la pérdida de la masa muscular que contribuye a la fragilidad y las caídas.

Osteoporosis puede llevar a fracturas de bajo impacto o a fracturas espontáneas de fragilidad, lo cual pueden conducir a caídas. Se recomienda Densitometría Osea.

La incontinencia que puede ser fecal, urinaria o dual. La incontinencia fecal es la pérdida involuntaria de heces que puede ser causada por problemas en el control de esfínter anal, daño neurológico o trastornos del tránsito intestinal.

La incontinencia urinaria puede ser por:

- **Esfuerzo:** cuando hay pérdida involuntaria de orina debido a aumento de la presión intraabdominal usualmente es debido a debilidad del esfínter uretra o del suelo pélvico.
- **Urgencia:** cuando hay una necesidad repentina e intensa de orinar, seguida de la pérdida involuntaria de orina, está asociada a hiperreactividad del musculo detrusor.
- **Rebosamiento:** Ocurre cuando la vejiga no se vacía completamente, lo que lleva a un goteo continuo o intermitente de orina, puede ser causada por obstrucción del flujo de salida o por una contracción inadecuada del musculo detrusor.
- **Funcional:** Pérdida de orina debido a la incapacidad de llegar al baño menudo por limitaciones físicas o cognitiva.
- **Mixta:** Es una combinación de incontinencia de esfuerzo y de urgencia, es más frecuente en las mujeres mayores.



### VGI – Área Mental

El Área Mental de la Valoración Geriátrica Integral aborda los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales de la PAM. Su finalidad es detectar de forma temprana alteraciones que afecten la autonomía, la seguridad y la calidad de vida, como el deterioro cognitivo, la depresión o el consumo de sustancias psicoactivas.

La OMS recomienda que toda evaluación geriátrica incluya este componente, ya que la salud mental influye directamente en la funcionalidad, la adherencia terapéutica y el bienestar general de la persona mayor (WHO, 2019).

#### Recomendaciones operativas

- Realizar al menos una evaluación anual del estado cognitivo y emocional de la PAM.
- Capacitar al personal en la aplicación e interpretación de los instrumentos para la valoración del área mental para disminuir la variabilidad clínica y aumentar la destreza en el uso de estas.
- Interpretar los resultados de las escalas e instrumentos aplicados en contexto clínico.
- Documentar los hallazgos y derivar a psicología o psiquiatría cuando se detecten alteraciones.
- Promover la participación familiar y comunitaria en el seguimiento del bienestar mental.

### Evaluación cognitiva

El deterioro cognitivo puede pasar inadvertido si no se realiza un tamizaje sistemático.

Durante la entrevista, el personal de salud debe preguntar al paciente y al familiar sobre problemas de memoria, desorientación, alucinaciones o cambios de conducta y estado de ánimo.

Es importante descartar causas orgánicas o estructurales reversibles que puedan alterar la función cognitiva, tales como desequilibrios hidroelectrolíticos, hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12 o ácido fólico, infecciones, enfermedades autoinmunes o tumores.

Para el tamizaje se recomienda utilizar la Escala de Pfeiffer también llamada Cuestionario Breve de Estado Mental Portátil (SPMQ por sus siglas en inglés), un instrumento sencillo y validado, útil en atención primaria.

Debe tenerse en cuenta que la aplicación de pruebas cognitivas debe realizarse al menos tres meses después de episodios agudos o de un egreso hospitalario, a fin de evitar falsos positivos.

Actualmente no se recomienda el tamizaje sistemático del deterioro cognitivo en adultos mayores sin síntomas, pero sí su evaluación dirigida ante sospecha clínica o reportes del entorno familiar.

En todo paciente con síntomas psiquiátricos o conductuales debe incluirse, dentro del perfil básico de laboratorio, una prueba serológica de VIH, dado su impacto potencial sobre la función cognitiva.

### Evaluación emocional y del estado de ánimo

La salud emocional en la vejez puede verse afectada por múltiples factores como el aislamiento, la pérdida de roles sociales, el dolor crónico y los duelos.

Durante la atención, se deben realizar preguntas específicas sobre ansiedad, miedo, trastornos del sueño, estrés o síntomas depresivos.



En la PAM, los signos de depresión pueden ser fatiga, alteraciones del sueño, pérdida o ganancia de peso, dificultad para la memoria o la concentración, y disminución del interés en actividades cotidianas o familiares.

Para su detección se recomienda aplicar al menos una vez al año la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), útil en pacientes con o sin deterioro cognitivo leve o moderado.

La identificación oportuna del trastorno depresivo permite intervenir con abordajes integrales que incluyen terapia psicosocial, acompañamiento familiar, tratamiento farmacológico y seguimiento interdisciplinario.

### Consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de tabaco, alcohol o drogas ilícitas debe investigarse de forma rutinaria durante la valoración mental.

El AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) es una herramienta validada para detectar consumo riesgoso de alcohol.

Ante resultados positivos, el paciente debe ser referido a los servicios de salud mental o programas de rehabilitación según disponibilidad local.

No se recomienda la realización de pruebas de laboratorio para detectar drogas como tamizaje rutinario, salvo indicación clínica justificada.

### Integración con otras áreas de la VGI

El estado mental y emocional de la PAM tiene una relación directa con la funcionalidad, la nutrición y el entorno social.

Por ello, la evaluación mental debe considerarse de manera interdependiente con las otras áreas de la VGI, promoviendo la atención integral, la comunicación con la familia y el diseño de planes de cuidado centrados en la persona.



### VGI – Área social

El Área Social examina las condiciones de vida, el entorno, los recursos económicos y las redes de apoyo de la PAM.

Su propósito es identificar factores que influyen en la salud, la funcionalidad y la adherencia terapéutica, así como los riesgos de aislamiento, dependencia o maltrato.

Esta dimensión es esencial para comprender el contexto en el que la PAM vive, se relaciona y desarrolla sus actividades cotidianas, permitiendo orientar intervenciones integrales, comunitarias y centradas en la persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), subraya que el entorno social y comunitario determina la capacidad funcional y la autonomía durante el envejecimiento. Los programas que integran la dimensión social a la atención clínica logran mayores niveles de satisfacción, reducción de institucionalizaciones y mejor bienestar general (WHO, 2019).

Recomendaciones operativas:

1. Evaluar la situación social en cada valoración geriátrica, al ingreso y durante el seguimiento.
2. Documentar factores de riesgo social y coordinar intervenciones con trabajo social, salud mental y servicios comunitarios.
3. Promover la articulación interinstitucional entre MINSA, CSS, MIDES y gobiernos locales, para asegurar la continuidad de cuidados.
4. Priorizar el fortalecimiento de redes familiares y comunitarias, como estrategia clave para el envejecimiento saludable.

### Red de apoyo familiar y comunitario

La red de apoyo constituye el principal sostén de la PAM. Su evaluación debe incluir la identificación de cuidadores formales e informales, el grado de participación familiar, la frecuencia de visitas, la comunicación y la capacidad de respuesta ante emergencias. Es necesario que se valore:

- Si la PAM vive solo o acompañado, y si recibe ayuda para actividades básicas o instrumentales.
- El nivel de carga del cuidador, su salud física y emocional.
- El acceso a redes comunitarias, religiosas o de voluntariado, que suelen actuar como factores protectores frente al aislamiento.
- El fortalecimiento de los apoyos familiares y comunitarios es un pilar para prevenir la institucionalización innecesaria y para mantener la independencia dentro del entorno domiciliario.

### Condiciones de vivienda y entorno

El entorno físico en el que vive la PAM tiene un impacto directo sobre su seguridad y su salud.

La evaluación debe incluir aspectos como:

- Accesibilidad y seguridad del hogar: iluminación, presencia de escaleras o alfombras, superficies antideslizantes, ubicación del baño y cocina, ventilación.
- Condiciones sanitarias y ambientales: higiene, abastecimiento de agua, eliminación de desechos, contaminación ambiental o exposición a humo.
- Adecuación del entorno para personas con limitaciones físicas o sensoriales (instalación de pasamanos, barras de apoyo, rampas, timbres visuales o auditivos).



- La identificación de barreras arquitectónicas permite la implementación de adaptaciones básicas que previenen caídas, accidentes domésticos y dependencia funcional.

### Situación económica y acceso a servicios

La seguridad económica es un determinante clave del bienestar en la vejez.

Durante la valoración, se deben explorar las fuentes de ingreso, la cobertura de seguro de salud o pensión, y la capacidad para adquirir medicamentos, alimentos o transporte.

También es importante indagar sobre el acceso a servicios sociales, programas comunitarios, ayudas técnicas y subsidios gubernamentales, los cuales contribuyen a mejorar la calidad de vida y reducir la vulnerabilidad.

En Panamá, por ejemplo, los programas del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), la Caja de Seguro Social (CSS) y los gobiernos locales pueden ser aliados estratégicos en la atención integral de la PAM.

### Riesgos sociales y maltrato

El maltrato hacia las personas mayores —ya sea físico, psicológico, sexual, financiero o por negligencia— es una problemática creciente y subdiagnosticada.

La VGI debe incluir preguntas directas y respetuosas que permitan identificar signos de abuso, abandono o negligencia, tanto en el hogar como en instituciones, por lo que se recomienda:

- Observar indicadores como desnutrición, lesiones sin explicación, aislamiento o miedo hacia el cuidador.
- Aplicar escalas de riesgo o entrevistas semiestructuradas cuando se sospeche abuso.
- Activar rutas de atención y notificación a los servicios de trabajo social y salud mental, siguiendo los protocolos institucionales de protección.
- Notificar la Sospecha de Maltrato de la Persona Adulta Mayor (Anexo 6)

La detección temprana del maltrato es un deber ético y legal del personal de salud, conforme a los principios de los derechos humanos y al Convenio Interamericano sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015).

### Integración comunitaria y participación

Además de la asistencia y protección, la dimensión social de la VGI promueve la participación de la PAM en su comunidad, fomentando su sentido de utilidad y pertenencia.

Se deben identificar espacios de integración (clubes, asociaciones, grupos religiosos, centros de día, voluntariados) y estimular su participación en actividades culturales, educativas o recreativas.

La inclusión social es un componente esencial del envejecimiento saludable y contribuye a mantener la capacidad funcional, la salud mental y la autoestima.



## Tamizajes

Listado de tamizajes para personas mayores.

<b>Visual</b>	Interrogar sobre la dificultad para ver, que pudiese estar ocasionada por cataratas, retinopatía diabética e hipertensiva, presbicia o glaucoma. Aplicar fuente de luz directa en ambos ojos para valorar opacidad del cristalino, ante quejas subjetivas de mareo u objetivas de alteración del equilibrio y referir de forma temprana a oftalmología de encontrar dicho cambio para evaluación por sospecha de catarata.
<b>Hipoacusia</b>	Preguntar por deficiencia auditiva al paciente y realizar prueba según examen (otoscopia, historia clínica). Audiometría de 60 a 64 años cada 5 años y mayores de 64 años cada tres años. Si no cuenta con audiómetro usar la Aplicación Móvil "HEARWHO" de la OMS
<b>Osteoporosis</b>	Densitometría ósea de columna lumbar y caderas a toda mujer edad $\geq 65$ y hombres $\geq 70$ . Densitometría ósea antes de los 65 años, si el paciente tiene factores de riesgo como menopausia precoz, uso de corticoides, Diabetes Mellitus, medicamentos anti-androgénicos y de terapia hormonal, antiepilépticos, cáncer, enfermedades autoinmunes y malabsorción, fracturas en edad adulta, nefropatía y hepatopatías.
<b>Infecciones de transmisión sexual</b>	Personas sexualmente activas y con factores de riesgo para contraer una ITS (tener múltiples parejas sexuales, no usar preservativo, antecedentes de ITS, consumo de alcohol y drogas o víctimas de violencia sexual) deben realizarse pruebas de VIH, sífilis, hepatitis B (antígeno). La detección de la hepatitis C se recomienda hasta los 79 años en adultos mayores con factores de riesgo.
<b>Tuberculosis</b>	Preguntar por los 4 síntomas principales para presuntivos de Tuberculosis: Tos mayor de 2 semanas o 15 días, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso. De tener Tos > 2 semanas, tomar muestra de esputo para 2 Baciloscopias y Prueba Molecular. Si la prueba molecular es detectada por Tuberculosis tomar muestra de cultivo. Si la prueba molecular es no detectada por Tuberculosis y la Baciloscopia positiva, hay que sospechar que sea una MNT (Micobacteria no Tuberculosa), por lo que se tiene que tomar una muestra para cultivo y tipificación. De no tener tos, pero sí otros síntomas presuntivos de Tuberculosis, ofertar Radiografía de Tórax para el diagnóstico. En caso de tener una comorbilidad como VIH y tener conteo de CD4 < 200, ofertar la prueba en orina de TB-LAM.
<b>Cáncer de mama</b>	Una vez al año, realizar la palpación manual durante la consulta. Mamografías cada 2 años hasta los 75 años, si reporta mamas densas se debe complementar con un ultrasonido de mamas. A partir de los 75 años el abordaje es individualizado.
<b>Cáncer cervicouterino</b>	Papanicolau (PAP) cada 2 años hasta los 65 años, si las 3 últimas pruebas son negativas para malignidad, inflamación o vaginosis. Si persiste alterado se debe continuar el tamizaje en mayores de 65 años. Personas mayores de 65 años que no hayan tenido sus últimos tres pruebas de PAP, continuar haciéndose la prueba hasta completarlas. En caso de hallazgos subjetivos de malignidad o persistencia de inflamación en esta prueba, debe ser referida a ginecología para indicar pruebas de detección molecular del Virus de Papiloma humano de alto riesgo o colposcopia más biopsia.
<b>Cáncer de pulmón</b>	Se recomienda hacer una tomografía computarizada de baja dosis del tórax anualmente hasta los 80 años en fumadores de $\geq 20$ paquetes/año de cigarrillos (actual o anteriormente).
<b>Cáncer de próstata</b>	PSA total más tacto rectal debe realizarse hasta 69 años de manera anual. En hombres $\geq 70$ años la prueba debe ser poco frecuente, individualizada en pacientes que, con esperanza de vida mayor a 10 años, en donde el paciente tenga pleno conocimiento de los riesgos a corto plazo de realizarse alguna intervención de ser positivo para cáncer de próstata.



<b>Cáncer de colorrectal</b>	Anualmente hasta los 75 años prueba de sangre oculta en heces con guayacol de alta sensibilidad (HSgFOBT) o prueba inmunoquímica fecal (FIT). En personas con antecedentes familiares de primer grado (padre, madre, hermano, hijo) con cáncer colorrectal o adenoma avanzado realizar colonoscopia 10 años antes del diagnóstico familiar, esto se refuerza si el familiar de primer grado fue diagnosticado antes de los 60 años.
------------------------------	--



### El Autocuidado de la Salud

El autocuidado es la capacidad de la persona mayor para realizar acciones que le permitan conservar su salud, prevenir complicaciones y mantener su bienestar diario.

Promoverlo es responsabilidad compartida entre la PAM, su familia y el personal de salud, quienes conforman una red de apoyo orientada a la prevención, el acompañamiento y la educación continua.

### Estrategias institucionales para fortalecer el autocuidado

Los establecimientos de salud deberán integrar el autocuidado como componente transversal de la atención a personas mayores mediante:

1. Evaluación del autocuidado durante la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y en visitas domiciliarias.
2. Planes de autocuidado documentados en la historia clínica, con metas, responsables y plazos definidos.
3. Sesiones educativas permanentes, dirigidas a pacientes y cuidadores, en coordinación con los programas de promoción de la salud.
4. Material educativo adaptado, con lenguaje claro y visual, que facilite la comprensión de las recomendaciones.
5. Vinculación comunitaria e intersectorial, articulando acciones con gobiernos locales, MIDES, CSS y organizaciones sociales para garantizar seguimiento continuo.

### Enfoque operativo del autocuidado

La figura que acompaña este capítulo representa la interacción entre la PAM y su entorno. En el centro se ubica la persona, cuya práctica de autocuidado depende de tres componentes interrelacionados:

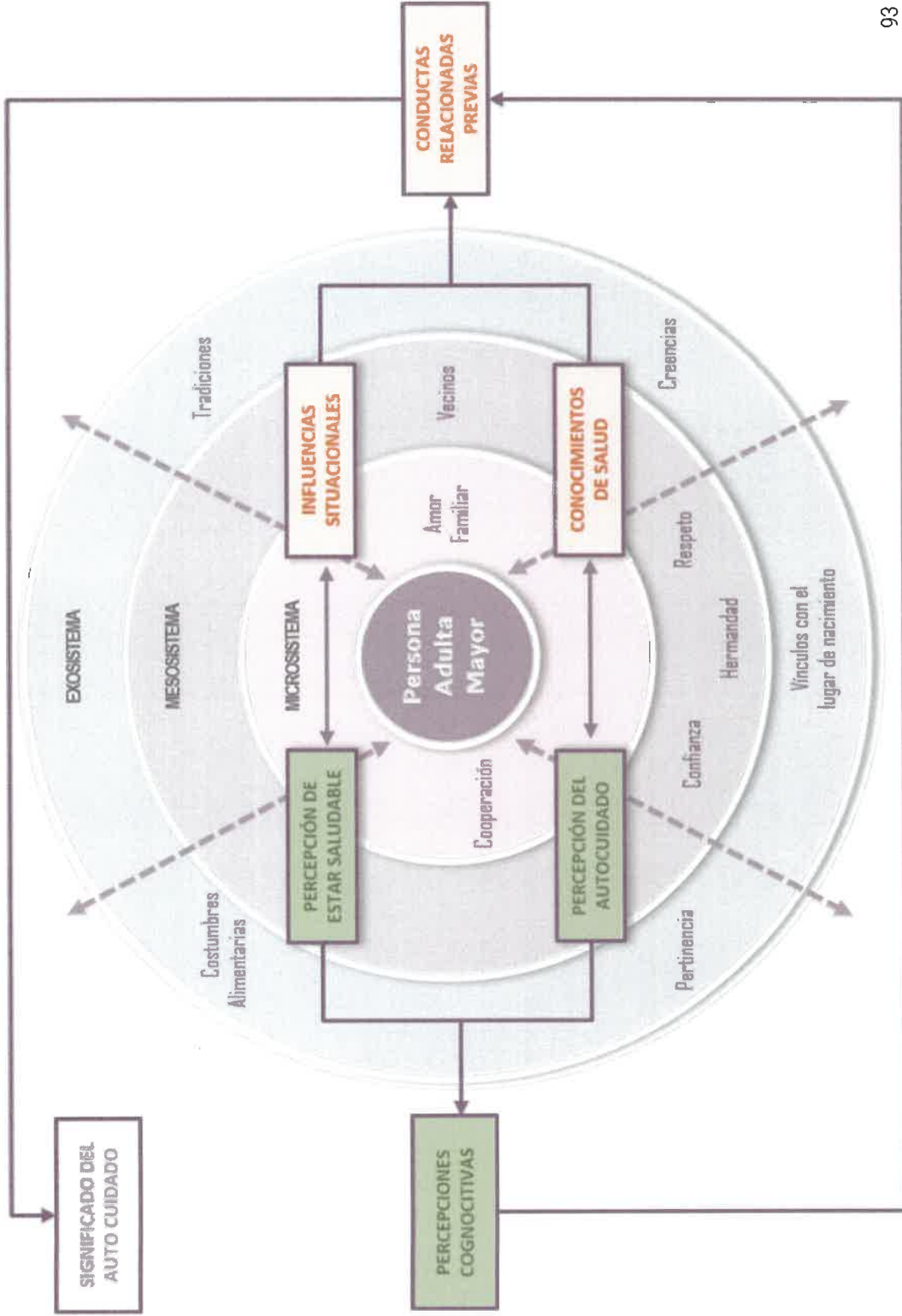
1. Percepción de estar saludable, que se asocia a sentirse capaz de realizar sus actividades cotidianas.
2. Percepción del autocuidado, que refleja la confianza en sus propias decisiones.
3. Conocimientos de salud, que orientan las conductas preventivas y el manejo de enfermedades.

Estos elementos están influenciados por el microsistema (familia y cuidadores), el mesosistema (vecinos, comunidad, redes sociales) y el exosistema (creencias, tradiciones y cultura).

El objetivo del sistema de salud es fortalecer esos niveles de apoyo y convertir el autocuidado en una práctica cotidiana, acompañada y supervisada.



**MODELO TEÓRICO COMO REPRESENTACIÓN DEL SIGNIFICATIVO DEL AUTO CUIDADO EN EL ADULTO MAYOR**



### Rol de la Persona adulta mayor en su autocuidado

La persona adulta mayor debe ser participante activo en el mantenimiento de su salud. El autocuidado se refuerza con educación continua, seguimiento y retroalimentación positiva por parte del equipo de salud. Dentro del marco operativo, se espera que:	
1	Cumpla su tratamiento médico, manteniendo un registro actualizado de medicamentos, dosis y citas de control.
2	Realice ejercicios físicos seguros, según su capacidad y recomendaciones médicas.
3	Controle su alimentación, priorizando frutas, verduras, hidratación y reducción de sal y azúcares.
4	Identifique signos de alarma (mareos, pérdida de peso, alteraciones de memoria o ánimo) y los comunique al personal de salud.
5	Practique el autocuidado emocional, buscando apoyo familiar o comunitario ante sentimientos de tristeza, miedo o soledad.
6	Participe en actividades sociales o comunitarias que refuercen la autonomía y el sentido de pertenencia.

### Rol del familiar o cuidador

El familiar o cuidador cumple una función esencial en la supervisión, acompañamiento y motivación de la persona adulta mayor. El cuidador debe recibir apoyo institucional, pausas de descanso y capacitación periódica para evitar sobrecarga y desgaste físico o psicológico. Sus responsabilidades concretas incluyen:	
1	Apoyar en la organización del tratamiento, recordando horarios, medicamentos y controles.
2	Vigilar el entorno del hogar, eliminando riesgos de caídas (alfombras sueltas, mala iluminación, desorden).
3	Favorecer la independencia, brindando ayuda solo cuando sea necesaria para no limitar la autonomía.
4	Estimular la actividad física y social, acompañando al adulto mayor en caminatas, visitas o talleres.
5	Reportar cambios clínicos o de conducta al equipo de salud de manera oportuna.
6	Participar en espacios educativos sobre manejo de enfermedades crónicas, primeros auxilios y cuidado emocional.



## Rol del personal de salud

El personal de salud tiene el deber de formar, orientar y acompañar el proceso de autocuidado, actuando como facilitador entre la persona mayor, su familia y la comunidad. Sus funciones operativas son:

1	Educar al paciente y su familia sobre hábitos saludables, prevención de complicaciones y manejo de enfermedades crónicas.
2	Elaborar planes de autocuidado individualizados, con metas claras y seguimiento regular.
3	Supervisar la adherencia terapéutica, revisando la medicación, control de signos vitales y parámetros clínicos.
4	Promover grupos comunitarios de autocuidado, liderados por enfermería, trabajo social o promotores de salud.
5	Capacitar cuidadores y voluntarios comunitarios, fortaleciendo el acompañamiento en el hogar.
6	Registrar y monitorear resultados, documentando avances, barreras y ajustes necesarios.
7	La enfermera juega un papel estratégico como eje educativo, monitorea y articuladora entre el paciente, la familia y el sistema de salud.



## Prevención de Caídas

La prevención de caídas forma parte esencial de la atención segura de las personas mayores y debe integrarse en todas las acciones del primer nivel de atención. Cada contacto del equipo de salud representa una oportunidad para identificar riesgos ambientales, físicos y farmacológicos que puedan comprometer la estabilidad o el equilibrio del usuario.

El abordaje preventivo se enfoca en tres dimensiones:

- **Factores personales:** detección de alteraciones del equilibrio, debilidad muscular, uso de calzado inadecuado y efectos adversos de medicamentos que afecten la coordinación o la presión arterial.
- **Entorno y apoyo:** revisión de condiciones del hogar y espacios comunitarios (iluminación, superficies, presencia de obstáculos, uso de bastones o barandas) y educación a familiares o cuidadores sobre adecuaciones básicas.
- **Promoción funcional:** fomento de ejercicios de fortalecimiento, equilibrio y flexibilidad adaptados a la capacidad de la PAM, supervisados por fisioterapia o promotores comunitarios.

En cada control de salud se deben registrar antecedentes de caídas, aplicar un breve tamizaje de riesgo (por ejemplo, Test de Tinetti, Get Up and Go o escala de equilibrio de Berg) y ofrecer educación preventiva individual y grupal. Los casos con caídas recurrentes, fracturas o limitaciones motoras deben derivarse a fisioterapia o medicina física y rehabilitación para evaluación funcional y entrenamiento específico.

La educación sanitaria constituye un pilar fundamental de esta estrategia. Los equipos de salud deben incorporar sesiones educativas regulares en las comunidades, donde se aborden temas como el uso de ayudas técnicas, el autocuidado postural, la hidratación, el calzado adecuado y la revisión periódica de la visión y la audición. Asimismo, se recomienda promover la participación en grupos de actividad física para mayores, ya que contribuyen al fortalecimiento muscular y a la confianza en la movilidad.

Desde el punto de vista institucional, los establecimientos del primer nivel deben asegurar que sus instalaciones sean seguras y accesibles, con señalización visible, rampas, pasamanos y pisos antideslizantes, reduciendo el riesgo de caídas dentro de las propias unidades de salud. La supervisión técnica del programa debe incluir la verificación de estos criterios de seguridad y accesibilidad durante las visitas de monitoreo.

Finalmente, la prevención de caídas debe ser considerada un indicador de calidad y seguridad en la atención dentro del Programa de Salud de Personas Adultas Mayores, vinculada a la evaluación funcional y al plan individual de cuidado. Su adecuada implementación reduce complicaciones como fracturas, pérdida de independencia y deterioro funcional, favoreciendo la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores en la comunidad.



# PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR



Hablar con el médico si si observa algún efecto secundario al uso de medicamentos



Actividad física para mantenerse funcional, ejercicios de coordinación y equilibrio



Luz adecuada. Las luces de noche están en sitios estratégicos en toda la casa



Usar calzado con suela antideslizante. Evitar caminar descalzo



Adecuaciones en el baño como barandales en la ducha



Sillas y sofás con la altura suficiente para permitir que la persona mayor se siente y levante con facilidad



Teléfonos al alcance del adulto mayor



Pronta limpieza de derrames en la cocina para evitar resbalones



Colocar barandales en escaleras y cinta antideslizante en los escalones



En el dormitorio: Si usa alfombras o tapetes, que tengan una superficie antideslizante



## Visita Domiciliaria

Según lo establecido en la Guía Metodológica de Orientaciones Técnicas sobre la Visita Domiciliaria del Ministerio de Salud de Panamá, la Visita Domiciliaria es una "estrategia de servicios de salud realizada en el domicilio, dirigidas al individuo y familia, basada en la construcción de una relación de ayuda de cuidadores primarios, cuyo objetivo principal es la promoción de mejores condiciones ambientales y relacionales para mejorar la calidad de vida del enfermo. Es una atención de tipo activa, ya que el equipo de salud es quien va hacia el hogar de las personas, lo que la hace diferente a la modalidad intramuros que depende de que el usuario llegue al sistema".

En la PAM, la visita domiciliaria implica que un equipo profesional de la salud, como un médico, enfermera o trabajador social, realice la visita en el hogar para brindar atención y apoyo. Gran parte de estas personas presentan enfermedades crónicas y tienen características clínicas y psicosociales que son casi exclusivas de este grupo etario. La situación de la persona adulta mayor imposibilitada para salir del domicilio requiere una organización que proporcione satisfacción a sus demandas.

Las visitas domiciliarias son una herramienta fundamental para brindar una atención integral, personalizada y de calidad a las PAM's, promoviendo su bienestar y autonomía en el entorno familiar. Además, sirven de enlace para detectar condiciones que ameriten la intervención de otras instituciones como Ministerio de Desarrollo Social, Tribunal Electoral, Caja de Seguro Social, etc.

El abordaje de la enfermedad crónica en personas mayores inmovilizadas o discapacitados deberá cumplir el objetivo general de realizar actividades de asistencia, prevención, promoción y rehabilitación de la salud en las personas mayores, desde la triple perspectiva, individual, familiar y comunitaria, en el domicilio del paciente.

La actividad se enfoca en el mantenimiento de facultades físicas y mentales de la persona adulta mayor para prevenir su deterioro, participar en tareas propias de su edad, promover la autonomía, convivencia, participación y solidaridad. Se trata de generar mecanismos de apoyo y desarrollo de capacidades para familiares y personas a cargo de su cuidado. Se enfatiza la importancia del acercamiento con las familias.

Importancia de las visitas domiciliarias en la PAM:

1. **Evaluación geriátrica integral:** permiten una evaluación de la salud física, mental y social de la PAM, así como de sus necesidades y limitaciones.
2. **Plan de atención individualizado:** con la información recopilada, se puede crear un plan de atención que se adapte a las necesidades específicas de cada adulto mayor.
3. **Monitoreo y prevención:** se puede dar seguimiento continuo de la salud de la PAM, detectando posibles problemas a tiempo y tomando medidas preventivas para evitar complicaciones.
4. **Apoyo a la familia:** se ofrece información, orientación y recursos para facilitar los cuidados en casa.
5. **Mayor comodidad y cercanía:** el recibir los cuidados en un ambiente familiar, puede aumentar su bienestar y reducir el estrés de trasladarse a centros de salud.
6. **Identificación de factores de riesgo:** se identifican posibles riesgos en el entorno del hogar, como barreras arquitectónicas, condiciones inseguras o la presencia de medicamentos vencidos.



ASPECTOS QUE ABORDAR	
Estado de salud biopsicosocial	Condición física y mental del adulto mayor, buscando signos de enfermedades, dolor, limitaciones funcionales, etc.
Autonomía	Se evalúa la capacidad del adulto mayor para realizar las actividades básicas de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, etc. (Ver Anexos – Valoración Geriátrica Integral)
Condición del hogar	La seguridad del hogar, incluyendo la presencia de barreras arquitectónicas, la iluminación, la presencia de riesgos de caída, etc.
Red de apoyo	Presencia de familiares, cuidadores o redes sociales que puedan brindar apoyo al adulto mayor.
Medicación	La correcta administración de medicamentos, la presencia de medicamentos vencidos o no recetados, etc.
Situaciones de maltrato o vulneración de derechos	<p><u>Señales físicas:</u>  <b>Lesiones inexplicables:</b> Moretones, fracturas, cortes, quemaduras o cicatrices que no tienen una explicación lógica o no se conoce su origen.  <b>Úlceras por presión:</b> Piel erosionada o heridas en áreas donde hay presión prolongada, como caderas o talones.  <b>Pérdida de peso inexplicable:</b> Una pérdida de peso significativa sin una causa médica clara.  <b>Signos de abandono:</b> Desnutrición, deshidratación, falta de higiene personal o ropa sucia.  <b>Objetos rotos:</b> Anteojos o dentaduras rotas que no se explican.  <u>Señales psicológicas y de comportamiento:</u>  <b>Cambios en el comportamiento:</b> Ansiedad, miedo, retraimiento, agitación, depresión o apatía.  <b>Miedo o tensión hacia una persona específica:</b> Se observa un miedo o tensión evidente hacia el cuidador o hacia una persona en particular.  <b>Comportamiento inusual:</b> Mecerse hacia adelante y hacia atrás, chupar o morder objetos.  <u>Señales de negligencia:</u>  <b>Falta de atención médica:</b> Problemas de salud no tratados o no atendidos.  <b>Condiciones de vida inseguras o sucias:</b> Vivienda en mal estado, falta de higiene o condiciones peligrosas.  <b>Falta de cuidados básicos:</b> Desnutrición, deshidratación, falta de atención médica o de higiene personal.  <u>Otros indicios:</u>  El cuidador se niega a permitir visitas o a hablar con la persona mayor a solas  La persona mayor puede estar siendo aislada de sus amigos, familiares y redes de apoyo.  Abuso financiero:  El cuidador puede estar usando el dinero o las propiedades de la persona mayor para su beneficio personal.</p>
Cuidados del cuidador	Evaluar la forma en que el cuidador realiza los cuidados al paciente, ofreciendo sugerencias y capacitaciones si es necesario. Carga de trabajo del cuidador principal
Higiene personal	Frecuencia de baño, productos adecuados, higiene de los pies, higiene bucal, higiene de la ropa, lavado de manos, cuidado de las uñas.
Evaluación de fuentes comunitarias de apoyo	Instituciones gubernamentales, autoridades locales, organizaciones de la sociedad civil, ONG's, amigos, vecinos.
Terapia cognitiva y afectiva	Se enfoca en mejorar las funciones cognitivas y el bienestar emocional, utilizando técnicas que estimulan la mente y ayudan a manejar las emociones. Apoyo con salud mental cuando sea requerido.
Orientación en diversos temas	Derechos de las personas adultas mayores, envejecimiento saludable, el buen trato hacia la persona adulta mayor, fortalecimiento de vínculos afectivos, gestión de riesgos en el hogar, prevención y detección del deterioro cognitivo y físico, nutrición e hidratación.



### Metas para un Estilo de Vida Saludable

El envejecimiento saludable busca mantener la capacidad funcional que permite a las personas mayores ser y hacer lo que valoran en su vida. Para ello, la OMS y la OPS enfatizan la importancia de los hábitos saludables a lo largo de la vida. Mantener una alimentación equilibrada, realizar actividad física regular y abstenerse de tabaco contribuye a reducir el riesgo de enfermedades crónicas (cardiovasculares, diabetes, cáncer) y a retrasar la pérdida de independencia. En Panamá, estas metas se integran en el Programa de Atención Integral de Personas Adultas Mayores (PAM) del MINSA, el cual exige una planificación anual basada en diagnóstico situacional y evaluación periódica de indicadores de salud. A continuación, se establecen metas claras y medibles en el ámbito físico y nutricional, ajustadas a la realidad nacional.

### Metas de actividad física

- **Duración:** Lograr al menos 150 minutos de actividad aeróbica moderada por semana (por ejemplo, caminar, nadar o montar bicicleta a ritmo cómodo). Esto equivale a unos 5 días de 30 minutos diarios.
- **Frecuencia:** Realizar actividad física en al menos 5 días a la semana. Si se prefiere, se pueden acumular los minutos en bloques de 10-15 minutos.
- **Resistencia muscular:** Incluir ejercicios de fuerza muscular 2 a 3 veces por semana (uso de pesas ligeras, bandas elásticas, o ejercicios con el peso del cuerpo) para prevenir la sarcopenia y mantener la masa muscular.
- **Equilibrio y flexibilidad:** Incorporar ejercicios de equilibrio (por ejemplo, tai chi, yoga, ejercicios de pie) y estiramientos diarios, que reduzcan el riesgo de caídas y mejoren la estabilidad al caminar.
- **Estilo de vida activo:** Fomentar las actividades cotidianas activas: subir escaleras, caminar en el vecindario, jardinería o participar en grupos comunitarios de deporte recreativo. Reducir el tiempo prolongado sentado o acostado.

Estos objetivos coinciden con las recomendaciones de la OPS/OMS (150 min semanales). La evidencia indica que la actividad física regular mejora la salud cardiovascular, la densidad ósea y el bienestar general, y contribuye a prevenir o controlar enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y obesidad. Como meta medible, se sugiere registrar semanalmente la duración de las caminatas u otras actividades, y evaluar la fuerza mediante pruebas sencillas (por ejemplo, levantar botellas o bolsas).

### Metas nutricionales

- **Variedad de alimentos:** Seguir una dieta balanceada con variedad de grupos alimenticios.
- **Incluir diariamente frutas y verduras frescas** (al menos 5 porciones diarias combinadas) y cereales integrales (pan, arroz, pasta integral).
- **Proteínas adecuadas:** Garantizar un aporte proteico total de al menos 1,0–1,2 g/kg de peso corporal por día. Por ejemplo, incluir 2–3 raciones diarias de proteína magra (carne, pescado, huevos o legumbres). Este incremento proteico ayuda a preservar la masa muscular y prevenir la fragilidad en la PAM.
- **Grasas y azúcares:** Limitar el consumo de grasas saturadas y azúcares añadidos. Preferir grasas saludables (aceite de oliva, frutos secos, pescado). Evitar bebidas azucaradas y dulces en exceso.
- **Sodio y procesados:** Reducir la sal en la cocina (objetivo <2 g de sodio diarios) y evitar alimentos ultraprocesados con alto contenido de sal o conservantes.
- **Hidratación:** Mantener una hidratación adecuada (aprox. 1,5–2 litros de líquidos al día, especialmente agua), dado el clima tropical de Panamá, para facilitar las funciones corporales y prevenir deshidratación.



- **Micronutrientes:** Asegurar la ingesta de calcio y vitamina D para mantener la salud ósea, mediante lácteos o suplementos según necesidad. Consumir verduras de hoja verde y alimentos ricos en micronutrientes.

Estas recomendaciones nutricionales están alineadas con las Guías Alimentarias para Personas Mayores del MINSA. Se recomienda controlar el peso corporal y el índice de masa corporal (IMC) periódicamente: mantener un IMC en rango saludable (aprox. 22–27 kg/m<sup>2</sup>) para los mayores. Detectar pérdidas de peso involuntarias (>5% en 6 meses) o riesgo de desnutrición usando herramientas (por ejemplo, Mini Evaluación Nutricional) y actuar con intervenciones (suplementos calórico-proteicos o ajustes de dieta) en caso necesario. Como meta cuantitativa, registrar el número de porciones de frutas/verduras y calcular la ingesta proteica diaria.

### Prevención de enfermedades crónicas y fragilidad

Alcanzar las metas de actividad física y nutrición señaladas contribuye a mantener la presión arterial, la glucemia y los lípidos en rangos seguros.

En la práctica clínica, esto implica fijar objetivos medibles como presión arterial <140/90, glucemia en ayuno <100 mg/dL, y peso estable o en rango deseado. Además, no fumar y moderar el consumo de alcohol son prácticas esenciales.

La combinación de ejercicio y dieta rica en proteínas frena la pérdida muscular (sarcopenia) asociada a la fragilidad, estado caracterizado por debilidad, fatiga y mayor vulnerabilidad a eventos adversos. Reducir la fragilidad permite conservar la independencia funcional. En resumen, las metas nutricionales y de actividad buscan simultáneamente prevenir la diabetes, la hipertensión y otras ENT, y mejorar la calidad de vida en el envejecimiento



### Pasaporte para una Vida Saludable

El Pasaporte para una Vida Saludable es un cuadernillo físico que porta la persona y donde se registran metas, controles y consejerías para enfermedades crónicas (Hipertensión arterial y diabetes) y estilos de vida. En Panamá, su adopción surge por impulso de OPS/OMS y fue incorporado a lineamientos del MINSA y a iniciativas de CSS para seguimiento de pacientes crónicos en el primer nivel.

#### Propósito en el Programa de Personas Mayores

El pasaporte para una vida saludable se usa como soporte tangible a la continuidad del cuidado: fija metas personalizadas (PA, HbA1c, LDL, IMC, actividad física), pauta citas y exámenes, y registra consejerías breves. En personas mayores, prioriza control de comorbilidades, vacunación, nutrición, salud bucal, actividad física segura, adherencia farmacológica y prevención de caídas; integra además alertas para fragilidad y apoyo social.

#### Flujo de uso en la consulta

- Apertura/actualización del PVIS en la primera consulta de APS o tras VGI.
- Estratificación de riesgo y fijación de metas individuales con fechas.
- Plan de autocuidado: tareas concretas para paciente y cuidador (p. ej., caminar 150 min/semana adaptada a capacidad; plan de medicación; higiene bucal con prótesis).
- Consejería breve estandarizada (nutrición, actividad física, cesación de tabaco, adherencia), con firma del profesional.
- Cierre de visita con próxima cita y "lista de pendientes" (laboratorios/estudios).
- Revisión periódica: se marcan metas cumplidas, barreras y ajustes.

#### Componentes del pasaporte

- Identificación, contactos y red de apoyo
- Diagnósticos activos y medicación actual.
- Metas clínicas
- Calendario de laboratorios/estudios (p. ej., creatinina/TFGe, perfil lipídico, HbA1c, DXA según riesgo), e inmunizaciones.
- Registro de consejerías (nutrición, actividad física, sueño, salud bucal/protesis/implantes).
- Señales de alarma y plan de acción (hipoglucemia, disnea, dolor torácico, caídas).
- Seguimiento de fragilidad y funcionalidad (resumen Barthel/Katz; derivación a fisioterapia o apoyo social si aplica).

#### Beneficios esperados

El PVIS mejora la coordinación del cuidado, estandariza la consejería, empodera al paciente/cuidador y facilita auditoría clínica. La experiencia regional de OPS/OMS respalda su utilidad como herramienta de gestión de enfermedades crónicas en APS y de promoción de estilos de vida saludables.



## Orientaciones para la Atención de Enfermedades

### Gestión de la Enfermedad

La gestión de la enfermedad en adultos mayores requiere de una visión centrada en la persona, con planes de tratamiento personalizados y un enfoque en la prevención de complicaciones, teniendo como objetivos:

- Optimizar el tratamiento
- Mejorar la eficiencia
- Minimizar complicaciones, hospitalizaciones y el deterioro funcional
- Garantizar una mejor calidad de vida.

Fundamentándose en los siguientes principios:

- **Integralidad:** Abordaje multidimensional de cada condición, considerando el impacto de la enfermedad en el bienestar general de la PAM.
- **Personalización:** Ajuste de los tratamientos según las necesidades del paciente, su perfil clínico y social.
- **Continuidad:** Programar evaluaciones periódicas para monitorear su condición, ajustar el tratamiento y detectar complicaciones de forma temprana.
- **Enfoque Preventivo:** Incluir medidas para detectar los riesgos, promover estilos de vida saludables, evitar la discapacidad y mitigar el avance de la enfermedad.
- **Autonomía del Paciente:** Respetar y fomentar la participación de la PAM en las decisiones sobre su salud y autocuidado.
- **Coordinación Interdisciplinaria:** Involucrar a un equipo de profesionales de salud que colaboran para una atención oportuna, integral y efectiva.

Es importante realizar una evaluación integral de cómo ha afectado la enfermedad el bienestar de la persona mayor. Todo adulto mayor que ingrese al programa de atención debe someterse a una evaluación integral que debe ser registrada dentro de una Historia Clínica que incluya la valoración geriátrica integral.

Posterior, es importante realizar un Plan de Tratamiento personalizado a la condición y preferencias de cada persona adulta mayor, el cual debe:

- Establecer, con el paciente, objetivos de tratamiento a corto y largo plazo (especialmente reducir hospitalizaciones y complicaciones, mejorar la calidad de vida, eficiencia del sistema, incorporación de la familia y la comunidad en la gestión de la enfermedad)
- Incluir una lista de intervenciones médicas, psíquicas, sociales y terapéuticas
- Definir un cronograma de seguimiento y evaluación continua
- Incorporar al paciente, a su familia, a la comunidad y al sistema de salud en el proceso de tratamiento.
- Incorporar las necesidades de educación de los pacientes y sus familiares, proporcionando información relevante y accesible.
- Brindar información a la comunidad organizada y a los sistemas políticos basándose en los hallazgos de las evaluaciones para mejorar la respuesta y apoyo comunitario.

De igual forma, es fundamental realizar el monitoreo y control regular de Enfermedades Crónicas, introduciendo herramientas específicas que incluyen:



- Programar citas de seguimiento periódico para evaluar el progreso, que podrían ser consultas virtuales en mayores con movilidad reducida.
- Implementar métodos de monitoreo remoto domiciliario para casos específicos, como control de presión arterial o glucosa, mediante kits de monitoreo fáciles de usar.
- Establecer un sistema de recolección de datos a distancia mediante aplicaciones móviles o reportes telefónicos regulares para llevar un control continuo y alertar al equipo en caso de valores críticos.
- Ajustar los tratamientos con base en los resultados de los controles y la evolución clínica del paciente en la cita de seguimiento
- Apps de Salud para Pacientes: Facilitan el autocontrol y autocuidado, recordatorios de medicación y seguimiento del estado de salud, empoderando a las PAM's en su cuidado diario. Estas aplicaciones deben ser intuitivas y de fácil navegación, permitiendo a los pacientes y sus familias gestionar mejor las condiciones de salud desde la comodidad de su hogar.
- Gestión de Emergencias y Protocolos de Respuesta Rápida: Definir procedimientos específicos para emergencias comunes en adultos mayores (caídas, descompensaciones, crisis de hipertensión). Establecer intervenciones inmediatas y capacitar al equipo para actuar rápidamente en cada tipo de emergencia.
- Disponer de un sistema de comunicación directa entre los equipos médicos y familiares, asegurando que la información relevante esté siempre accesible.
- Registrar las incidencias de emergencia para revisión y análisis de calidad, permitiendo una respuesta más eficiente en el futuro.



## Educación en Salud de Pacientes, Familiares y la Comunidad

### Plataformas de Información Accesible

Para mejorar el sistema de salud, es crucial contar con plataformas que proporcionen información accesible a los pacientes y sus familiares. Estas plataformas deben ofrecer información actualizada y relevante sobre las condiciones de salud, tratamientos disponibles y consejos para el autocuidado. Además, deben permitir la comunicación directa con los profesionales de la salud para resolver dudas y recibir orientación.

### Masificación de la Información a la Comunidad

Es fundamental proveer información continua a la comunidad a través de diferentes sistemas de masificación de la información, como campañas de concienciación en medios de comunicación, redes sociales y talleres comunitarios. Esta difusión constante ayudará a educar a la población sobre la prevención y manejo de enfermedades crónicas, fomentando una sociedad más informada y saludable.

### Educación en Autocuidado y Manejo de la Enfermedad

Proporcionar a los pacientes y a sus familiares o cuidadores la información necesaria para el manejo diario de las enfermedades crónicas, incluyendo:

- Talleres de educación en autocuidado y manejo de la enfermedad, que pueden ser virtuales, utilizando las plataformas especiales
- Materiales educativos accesibles, como folletos o guías prácticas, utilizando portales de pacientes en plataformas de salud.
- Instrucción sobre el uso de dispositivos de monitoreo remoto domiciliario
- Campañas de concientización sobre la forma de prevenir complicaciones de enfermedades crónicas y cómo sobrellevar la enfermedad.
- Documentar la asistencia y participación en los talleres y realizar encuestas de satisfacción para identificar temas de interés y mejorar el contenido.

Para una gestión de la enfermedad, de calidad, es esencial brindar herramientas al sistema de salud, al médico, al paciente, a la familia y a la comunidad. Las herramientas para el sistema de salud incluyen la implementación de registros electrónicos; para los médicos, la oferta de capacitación continua; para los pacientes, la provisión de guías de autocuidado; para las familias, el establecimiento de redes de apoyo; y para la comunidad, el desarrollo de campañas de concienciación.

Este enfoque no solo asegura una atención más humana y efectiva, sino que también promueve una mayor calidad de vida y bienestar integral en la población de adultos mayores. Implementar estos lineamientos y estándares contribuirá a la sostenibilidad y calidad del sistema de salud, beneficiando tanto a los pacientes como al equipo de profesionales de salud involucrado.



### La Receta Prolongada

Las personas mayores consumen, por lo general, más medicamentos que las personas más jóvenes porque padecen de multimorbilidad y la mayoría de los medicamentos que utilizan se toman durante años. En cuanto al número de fármacos, el 90% de las PAM's toman regularmente al menos 1 medicamento recetado, casi el 80% toma regularmente al menos 2 medicamentos y el 36% toma regularmente al menos 5 medicamentos recetados diferentes. Las personas mayores frágiles o en una residencia de ancianos toman la mayoría de los fármacos. Situación para considerar en cuanto a la movilidad para asistir a citas por medicamentos de uso crónico.

En Norteamérica se ha estimado que más del 84% de todas las visitas al consultorio de los médicos de atención primaria involucran terapia con medicamentos (CDC, 2016), reabasteciendo recetas para aproximadamente 12 pacientes cada día que de otro modo no se contarían como una visita al consultorio o una llamada telefónica específica de la afección. Cuando estas actividades se combinan con cargas administrativas y regulatorias adicionales, los equipos de atención primaria experimentan una tensión considerable y una mayor carga de trabajo. En este escenario encontrar formas de dispensar medicamentos de uso crónico y de forma segura es necesaria. Se habla de receta prolongada cuando la usamos por 12 meses, ya hay estados en Estados Unidos que permiten la dispensación por más tiempo.

#### Beneficios del uso de recetas prolongadas

- Mejora la adherencia a la medicación ya pacientes no se quedan sin recetas para su medicación entre las visitas anuales o las revisiones.
- Reduce la carga de procesamiento de recetas para los consultorios médicos. Los pacientes que se mantienen estables en su régimen de medicamentos actual pueden tener renovaciones procesadas una vez al año, en lugar de un mínimo de dos veces dentro de la duración de 12 meses. Proporciona un ahorro de tiempo esencial para el médico y el personal.
- Mejora la confianza médico-paciente. El uso de una fecha de vencimiento inminente de una receta para fomentar el cumplimiento de las visitas agrega trabajo innecesario a la práctica médica, contribuye al estrés del paciente y del proveedor y, a menudo, conduce a la falta de adherencia a la medicación. No es necesario utilizar la prescripción como una condición para traer a los pacientes de vuelta para su seguimiento ahora el médico decide la frecuencia de sus controles.

#### Regulaciones a las prescripciones de uso prolongado

Decreto ejecutivo N° 27 De 10 de mayo de 2024 Que reglamenta la Ley 419 de 1 de febrero de 2024, "Que regula los medicamentos y otros productos para la salud humana y la adquisición pública de medicamentos, otros productos para la salud humana, insumos de salud, dispositivos y equipos médicos y dicta otras disposiciones", indica en el artículo 671 que para pacientes con padecimientos crónicos cuya condición sea estable y controlada, el médico prescriptor podrá utilizar la receta de uso prolongado, la cual podrá ser válida hasta para 12 prescripciones de un mismo medicamento, válido hasta para 12 meses de tratamiento.

Según la estratificación del riesgo del paciente, el tiempo de la receta prolongada puede ser de 3, 6 ó 12 meses.

#### Prescripción prolongada en adultos mayores frágiles

En el caso de las PAM's, este tópico debe ser individualizado y acompañado de un proceso educativo al paciente, familiar y cuidadores. Así exista una prescripción prolongada por varios meses, el ajuste de la medicación en adultos con fragilidad o

106



condiciones multimórbidas, debería realizarse de forma periódica, para evitar la inercia terapéutica, y la posible aparición de eventos adversos o interacciones no detectadas por el cuidador.

Rol del médico de cabecera en la prescripción prolongada en adultos mayores.

Es de suma importancia que la PAM cuente con un médico de cabecera que se encargue de organizar la lista de medicamentos, periódicamente, de manera que no existan duplicidades terapéuticas en aquellos pacientes tratados por múltiples especialistas.

### Tele Consulta

Es la interacción que se lleva a cabo entre un médico y el paciente por medio de la modalidad telefónica o videollamada, con la finalidad de proporcionar un diagnóstico y establecer un esquema terapéutico o seguimiento médico a una patología o en el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles.

#### Teleconsulta asincrónica

Es la forma de comunicación que se realiza de manera diferida, por medio de la cual los médicos generales o especialistas, derivan información clínica del paciente a especialidades o subespecialidades medicas seleccionadas para la interconsulta y él envió de respuesta por el mismo medio en un plazo de tiempo determinado, donde se indica el diagnostico, conducta terapéutica o indicaciones a seguir.

#### Teleconsulta sincrónica

Permite realizar consultas en tiempo real por médicos especialistas a fin de obtener criterios diagnósticos especializados que brinden mayor calidad en la atención a los pacientes. Utiliza el mismo entorno de comunicación, pero se diferencia de la anterior estableciéndose en tiempo real donde el paciente y el medico consultante tienen interacción con el médico especialista en el momento de la consulta.

#### Reconsulta

Una consulta de control o reconsulta por videollamada es una sesión médica realizada de manera remota, en la cual un paciente y un profesional de la salud se comunican a través de una plataforma de videoconferencia para revisar el estado de salud del paciente, hacer seguimiento a un tratamiento previamente iniciado, o evaluar la evolución de una condición médica.

#### Ventajas de la Teleconsulta

- Aumentar el acceso a los servicios de salud.
- Disminuir la aglomeración de pacientes en las instalaciones de salud.
- Fortalecer la prevención en salud.
- Disminuir el ausentismo en la atención.
- Evitar el traslado no necesario del paciente a la instalación de salud.
- Reducir el tiempo de espera.
- Mejorar la eficiencia con la reducción de costos.
- Limitar interferir con la actividad habitual de los pacientes.



### Modelo de atención con Teleconsulta

El médico general o especialista del primer nivel de atención, luego de realizar la consulta mediante una historia clínica detallada, examen físico completo, junto con los resultados de exámenes de laboratorio y gabinete solicitados previamente, determinará de acuerdo con los criterios establecidos, el seguimiento presencial en la instalación de salud, atención por video llamada o tipo de teleconsulta asincrónica y sincrónica a la especialidad o subespecialidad médica requerida para el paciente, ya sea en tiempo real o diferido.

### Proceso de atención reconsulta/control por videollamada

- Atención presencial con el médico en la instalación de salud.
- Cumplimiento de los criterios clínicos y tecnológicos por el paciente para la atención.
- Consentimiento informado.
- Médico hace la petición de atención por videollamada.
- Agendamiento del paciente por videollamada.
- Consulta por videollamada en la fecha y la hora agendada.

### Proceso para la atención por Teleconsulta asincrónica

1. Atención presencial con el médico en la instalación de salud.
2. Se determina la necesidad de tele interconsulta con un especialista o subespecialista.
3. Consentimiento informado.
4. Generación de referencia electrónica con el motivo de consulta asincrónico.
5. Otorgación de cita en el servicio de asincrónica en el hospital.
6. El especialista revisa el expediente electrónico y emite una contrarreferencia con sus indicaciones.
7. Posteriormente el médico tratante junto con el paciente revisa la respuesta del especialista.

### Proceso para la atención por Teleconsulta sincrónica

1. Atención presencial con el médico tratante en la instalación de salud.
2. Se determina la valoración con el especialista o subespecialista por videollamada.
3. Consentimiento informado.
4. Otorgación de cita con el especialista o subespecialista y el médico general de la instalación de salud.
5. Paciente acude al consultorio médico, según el día y hora agendado para la atención de forma sincrónica con el especialista.

### Proceso para la atención por Teleconsulta asincrónica con el uso de los dispositivos médicos portátiles de telemedicina

1. Atención presencial con el médico tratante en la instalación de salud.
2. Se determina que el paciente necesita una valoración con el especialista o subespecialista en la modalidad asincrónica.
3. Consentimiento informado.
4. El médico hace la referencia electrónica con el motivo de consulta asincrónica.
5. Médico general o especialista utiliza los dispositivos médicos portátiles.
6. Otorgación de cita en el servicio de asincrónica en el hospital.
7. El especialista revisa el expediente electrónico y emite una contrarreferencia con sus indicaciones.
8. Posteriormente el médico tratante junto con el paciente revisa la respuesta del especialista.



Proceso para la atención por Teleconsulta sincrónica con el uso de los dispositivos médicos portátiles de telemedicina:

1. Atención presencial con el médico tratante en la instalación de salud.
2. Se determina la valoración con el especialista o subespecialista por videollamada.
3. Consentimiento informado.
4. Otorgación de cita con el especialista o subespecialista y el médico general de la instalación de salud.
5. El día de la cita el médico tratante y el especialista deben registrar la atención en el expediente electrónico y conectarse a la videollamada para utilizar los dispositivos.
6. Se atiende al paciente de forma sincrónica.

Criterios clínicos de elegibilidad para Teleconsulta por videollamada:

1. Paciente adulto mayor con enfermedad crónica controlada; independientemente del riesgo cardiovascular.
2. Paciente adulto mayor con enfermedad crónica que cuente con dispositivo en casa para monitorización de signos vitales y parámetros relacionados a su comorbilidad (Esfigmomanómetro digital, glucómetros, entre otros) o tengan acceso a monitoreo externo de presión arterial o glicemia.
3. Paciente adulto mayor que no viva solo y que tenga dificultad a la movilización o presente una discapacidad para acudir a la instalación de salud.
4. Paciente adulto mayor con enfermedad crónica, para control de lectura de exámenes de laboratorio.
5. Paciente adulto mayor para seguimiento de su presión arterial y ajuste de dosis que puedan evidenciar el registro durante la atención.
6. Paciente adulto mayor para seguimiento de niveles de glucosa y ajuste de dosis que puedan evidenciar el registro durante la atención.
7. Paciente adulto mayor para reforzar las medidas de promoción y prevención, tanto en el cuidado del paciente como en la educación a los cuidadores y familiares.
8. Paciente adulto mayor para la revisión de los exámenes médicos. Durante la consulta, se explicarán con calma y de manera detallada las alteraciones detectadas en los resultados, así como su posible significado y consecuencias para la salud del paciente.
9. Paciente adulto mayor para el seguimiento de enfermedades transmisibles.
10. Paciente adulto mayor para el seguimiento de infecciones virales contagiosas.
11. Paciente adulto mayor para el seguimiento y evolución de síntomas de morbilidad común.
12. Paciente adulto mayor para el ajuste de dosis de una morbilidad común.
13. Paciente adulto mayor que requiera aclarar cualquier tipo de dudas que no requieran examen físico.
14. Paciente adulto mayor con demencia severa u otras condiciones que impiden que puedan proporcionar información sobre su estado de salud, la consulta se centrará en el diálogo con el cuidador principal.
15. En situaciones donde el cuidador o familiar del paciente deseen recibir orientación sobre cómo proporcionar un mejor cuidado, o en casos donde no sea imprescindible la presencia física del paciente, se ofrecerá una consulta informativa.



### Criterios tecnológicos de elegibilidad para Teleconsulta por videollamada

1. El paciente debe tener acceso a un dispositivo con cámara y micrófono, como un teléfono inteligente, tableta, o computadora. Es necesaria una conexión a internet estable para evitar interrupciones o pérdida de calidad en la videollamada.
2. El paciente debe estar familiarizado con el uso de dispositivos electrónicos, así como con las aplicaciones para las videollamadas (Microsoft Teams, Zoom, etc). De lo contrario estar acompañado con un familiar que le apoye.
3. Correo electrónico personal o del familiar responsable que estará con el paciente el día de la video consulta.
4. Es importante que el paciente se encuentre en un lugar tranquilo y privado durante la videollamada para garantizar la confidencialidad de la consulta.
5. El paciente debería tener a mano cualquier historial médico relevante, resultados de exámenes recientes, o lista de medicamentos actuales.
6. No todas las consultas pueden ser realizadas por videollamada. El paciente debe ser evaluado previamente para asegurar que su condición es adecuada para una consulta remota.

### Iniciativa HEARTS

HEARTS es una iniciativa liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que busca mejorar la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares, enfocándose en la hipertensión arterial y la prevención secundaria a través del paquete técnico HEARTS.

HEARTS en las Américas es la adaptación regional de la Iniciativa Mundial HEARTS, desarrollada y operativizada para los países de la Región de las Américas. Es un conjunto de intervenciones complejas en varios niveles con distintos componentes que interactúan entre sí, consta de 6 (seis) módulos:

- Hábitos y estilos de vida saludable: asesoramiento para los pacientes.
- Evidencia: protocolos de tratamiento clínico basados en la evidencia.
- Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales.
- Riesgo cardiovascular: manejo de las enfermedades cardiovasculares con base en la estratificación del riesgo.
- Trabajo basado en equipos multidisciplinarios.
- Sistemas de monitoreo.

HEARTS en las Américas está comenzando su sexto año de implementación y se ha ampliado de la cohorte original de 4 a 22 países.

HEARTS inició en el territorio panameño en noviembre de 2018, a través del Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y otros interesados directos, como el Hospital Santo Tomás, el Complejo Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, la Sociedad Panameña de Cardiología y la Universidad de Panamá. La OPS/OMS brinda cooperación técnica.

Actualmente 149 (124 MINSA y 25 CSS) instalaciones de primer nivel de atención están implementando la estrategia de manera oficial con una proyección para el año 2025 de 192 (167 MINSA y 25 CSS). Estas instalaciones tienen la capacidad de brindar atención en el contexto HEARTS a la población adulta mayor; cumpliendo planes formulados para realizar la implementación efectiva e integral.

La Iniciativa HEARTS tiene un impacto positivo en la salud cardiovascular del adulto y en especial la PAM. Controlar adecuadamente la hipertensión arterial trae numerosos beneficios, que contribuyen a mejorar su calidad de vida y reducir el riesgo de complicaciones graves. Entre estos beneficios están:



- **Mejorar el control de la hipertensión arterial:** El monitoreo continuo y el acceso a tratamientos efectivos contribuyen a su control, lo que disminuye el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares severos, como infartos de miocardio y eventos cerebrovasculares.
- **Acceso a cuidados estandarizados:** Se promueve el uso de protocolos basados en evidencia para el manejo de factores de riesgo cardiovascular, lo que asegura un tratamiento estandarizado y de alta calidad.
- **Prevención de complicaciones:** Al enfocarse en la detección temprana de la hipertensión y el manejo adecuado de otros factores de riesgo, contribuye a la prevención de complicaciones como insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica y deterioro cognitivo.
- **Autocuidado:** Fomenta la educación del paciente sobre la importancia de llevar un estilo de vida saludable, como la adopción de una dieta equilibrada, la reducción del consumo de sal, el aumento de la actividad física y la adherencia a los tratamientos. Esto es especialmente importante para las PAM's, ya que mejora su calidad de vida y su capacidad de autocuidarse.
- **Disminución del riesgo de comorbilidades:** Al controlar eficazmente la presión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular, se reduce el impacto de sufrir otras enfermedades metabólicas.
- **Reducción en el costo de la atención médica:** Al prevenir enfermedades cardiovasculares graves, se pueden reducir los costos asociados con tratamientos complejos y hospitalizaciones prolongadas.
- **Mejora la función cognitiva:** La presión arterial elevada se ha relacionado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores. Controlar esta patología puede ayudar a prevenir el deterioro de la memoria y otras funciones cognitivas.
- **Menor riesgo de desarrollar aneurismas:** La hipertensión no tratada debilita las paredes de los vasos sanguíneos, lo que puede llevar a la formación de aneurismas.
- **Prevención de la hipertrofia ventricular izquierda:** La hipertensión puede causar un engrosamiento del músculo del corazón (hipertrofia ventricular izquierda), ello dificulta la funcionalidad del corazón de manera eficiente.



### La Valoración del Riesgo Cardiovascular

La valoración del riesgo cardiovascular es vital para el cuidado de nuestros pacientes. Las nuevas guías de hipertensión de la OMS 2021 establecen diferentes umbrales para el inicio del tratamiento antihipertensivo y metas de control más estrictas en pacientes de alto riesgo cardiovascular.

Estimar el riesgo cardiovascular resulta fundamental para definir la necesidad de indicar estatinas o aspirina al tratamiento antihipertensivo, y para establecer la frecuencia de seguimiento y la necesidad de consulta con un especialista.

Esta aplicación incluye una calculadora de riesgo cardiovascular que estima la posible incidencia a 10 años de un infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o muerte cardiovascular. Para ello, utiliza las tablas de riesgo publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2019. La calculadora electrónica disponible para uso en Web, PC y teléfonos inteligentes, como actualización de la aplicación previa Cardiocal (2014).


#### Pasos para utilizar la calculadora de riesgo cardiovascular HEARTS App

Descargar la aplicación disponible en iOS y Android o utilice la versión web.



En el extremo superior derecho de su App encontrará un botón que desplegará una lista donde debe seleccionar el país de Panamá, cada país pertenece a una de las seis regiones definidas, y el cálculo del riesgo variará según esta elección.



La aplicación abrirá en forma automática en inglés, diríjase a "settings"  y seleccione su idioma de preferencia, y unidad de medida.



La estimación del riesgo comienza con la identificación de subpoblaciones de alto o muy alto riesgo, mediante tres preguntas consecutivas sobre la presencia de:

- Enfermedad cardiovascular establecida (coronaria, cerebrovascular o vascular periférica).
- Enfermedad renal crónica.



- Diabetes mellitus.






Una respuesta afirmativa en cualquiera de estas preguntas clasifica automáticamente al individuo en riesgo cardiovascular alto o muy alto, remitiéndolo a la vía clínica correspondiente.

Si todas las respuestas son negativas, la aplicación solicitará informar si se dispone del valor de colesterol total en sangre:

- Si se conoce: se ingresan sexo, edad, tabaquismo activo, diabetes y valores de colesterol total y presión arterial sistólica.
- Si no se conoce: se ingresan sexo, edad, tabaquismo activo, peso y altura.

El resultado será un porcentaje de riesgo cardiovascular a 10 años, que estima la probabilidad de presentar un evento mayor (infarto, ACV o muerte cardiovascular).

Clasificación de riesgo y colores:

	Bajo: <5% (verde)
	Moderado: 5–<10% (amarillo)
	Alto: 10–<20% (naranja)
	Muy alto: 20–<30% (rojo)
	Crítico: ≥30% (marrón)

Este porcentaje indica el riesgo estimado para un grupo de 100 personas con características similares. Por ejemplo, un riesgo del 25% significa que 25 de cada 100 personas con esas condiciones podrían sufrir un evento cardiovascular en los próximos 10 años.

#### Vía Clínica

La Vía Clínica es el principal instrumento de implementación de la Iniciativa HEARTS, ya que facilita la mejora de la gestión clínica y organizacional.

Este instrumento empodera al paciente y su familia, educándolos sobre el manejo integral de los factores de riesgo cardiovascular.

En Panamá se adoptó la vía clínica de hipertensión arterial en la Resolución N° 1096 de 22 de julio de 2025. A la cual puede tener acceso a través de este código QR.



Escanea para acceder a la Resolución y la Vía

#### Estimación del Volumen de Filtrado Glomerular (TFG)

La herramienta incluye la estimación de la TFG a partir de la creatinina plasmática y datos demográficos (ecuación MRDR-4), para complementar la evaluación renal y mejorar la clasificación del riesgo cardiovascular.

#### Qué no incluye este calculador

Existen otros factores de riesgo que no están incluidos en la calculadora, pero que tienen relevancia clínica:

1. Obesidad (para pacientes con colesterol conocido)
2. Sedentarismo



3. Estrés laboral y familiar
4. Antecedentes familiares de enfermedad coronaria o muerte cardiovascular prematura

Si varios de estos factores se suman, es necesario adoptar medidas preventivas o terapéuticas adicionales, aun si el riesgo calculado es bajo.

#### Precauciones en su uso

Esta aplicación no sustituye la consulta médica ni el juicio clínico profesional.

Está diseñada para apoyar la estimación rápida del riesgo cardiovascular, fomentar el diálogo médico-paciente y orientar la necesidad de intervención.

Las recomendaciones terapéuticas que ofrece están dirigidas a profesionales de la salud y no deben emplearse como guía para automedicación.

#### Modificación del riesgo corrigiendo factores

Una vez estimado el riesgo, el usuario puede analizar cómo reducirlo corrigiendo factores como el tabaquismo, hipertensión, hipercolesterolemia y obesidad.

Valores ideales:

- No fumar
- Presión sistólica <140 mmHg
- IMC entre 18.5 y 24.9 kg/m<sup>2</sup>
- Colesterol total <200 mg/dL (menor en pacientes de alto riesgo)

Corregir estos factores puede reducir significativamente el riesgo, incluso transformándolo de alto a bajo.



### Referencia y Contra Referencia

Para el manejo efectivo de condiciones complejas, es esencial que los casos se deriven de manera adecuada a servicios especializados.

Se deben establecer criterios de referencia para cada especialidad y asignar responsables que coordinen citas y derivaciones (gestor de caso)

Se debe contar con una lista de especialistas y mantener una base de datos de las derivaciones realizadas y los resultados obtenidos para realizar seguimientos.

Cada derivación debe:

- Basarse en criterios médicos estandarizados, protocolos y guías clínicas para el manejo de enfermedades crónicas y sus intervenciones efectivas.
- Ser documentada en el expediente médico del paciente incluyendo un sistema digital amigable de referencia y contrarreferencia.
- Incluir un sistema de retroalimentación para ajustar el plan de atención según los resultados

Para garantizar la continuidad asistencial, se debe crear una red integrada asistencial sociosanitaria, que se comunica entre instituciones, para el seguimiento de la persona mayor y sus necesidades más apremiantes, con acceso pertinente y capacidad instalada suficiente y gestionada eficientemente para que la atención sea oportuna.

Muchas patologías no pueden ser manejadas en el primer nivel de atención debido a la complejidad de los pacientes, por lo que requieren ser referidos para valoración, seguimiento o tratamiento en un segundo, tercer o cuarto nivel de atención. En ocasiones tras la resolución del problema los pacientes son devueltos al primer nivel de atención para continuar con sus controles de salud y seguimiento de sus enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus y otras, lo que se conoce como contrarreferencia.

A continuación, presentaremos cuándo deben ser referidos los pacientes de atención primaria a un nivel de atención más especializado según sus principales morbilidades:

#### Diabetes mellitus tipo 2

Todo paciente diabético debe recibir una evaluación oftalmológica anual para descartar o tratar la retinopatía diabética o cataratas secundarias a la diabetes.

Enviar al nutricionista y psicología si no consigue una adecuada adherencia a las indicaciones nutricionales y terapéuticas, o presencia de trastornos de ánimo (dependiendo de la gravedad puede requerir atención por psiquiatría). El nutricionista también debe dar seguimiento a los pacientes con insuficiencia renal crónica.

Se debe referir a urgencia cuando presenten cetoacidosis diabética, Enfermedad cerebrovascular, estado hiperosmolar hiperglucémico, hipoglucemia grave o coma hipoglucémico; pie diabético, este último debe ser evaluado por cirugía general.

Referir a medicina interna, geriatría o medicina familiar pacientes diabéticos con enfermedad renal crónica o insuficiencia arterial periférica (utilizarla prueba del índice tobillo brazo, llenado capilar, detección de pulsos periféricos). En el caso de enfermedad renal crónica con una TFG  $<30$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup> deberán ser enviados a nefrología por alguno de estos especialistas, se incluye los pacientes con anemia secundaria a ERC, y en el caso de insuficiencia arterial periférica serán canalizados a cirugía vascular periférica.



Se debe canalizar a medicina interna, geriatría o medicina familiar al paciente con difícil control metabólico a pesar del uso de varios fármacos o aquellos que sean diabéticos y deban utilizar corticoesteroides de manera crónica, pacientes con neuropatía diabética. Estos especialistas determinarán si el paciente debe ser enviado a endocrinología.

Enviar al odontólogo para controles anuales y a fisioterapia si presenta secuelas por enfermedad cerebrovascular.

Los pacientes con neuropatía diabética periférica o con polirradiculopatía diabética deben ser enviados a clínica del dolor.

### **Dolor crónico**

Si el paciente tiene dolor crónico que no responde a tratamiento o que no haya opción de manejo quirúrgico se debe referir a clínica del dolor y psicología.

### **Obesidad**

Referir a nutrición para reducción de peso, a psicología manejar cuadros de ansiedad, depresión, adicción u otros trastornos psicológicos. También se puede referir a endocrinología a través de medicina interna, medicina familiar o geriatría para tratamiento con medicamentos que ayuden a reducir de peso.

Se puede referir a cirugía general a los pacientes sin fragilidad y que cumplan con los criterios necesarios para realizarse una cirugía bariátrica.

A fisioterapia si presentan alguna limitación para realizar actividad física u orientación sobre intensidad y tipo de ejercicios que pueden realizar.

### **Pérdida auditiva y vértigo**

- Referir para audiometría.
- Referir al otorrinolaringólogo.
- Realizar otoscopia para descartar tapón de cerumen que dificulte la audición, siendo una causa manejable en atención primaria.

### **Pérdida de visión**

- Referir al optometrista.
- Referir al oftalmólogo si se presenta cataratas, pterigión o se sospecha glaucoma, retinopatía diabética e hipertensiva.

### **Referir a fisiatría/ortopedia.**

Pacientes con diagnóstico nuevo de osteoporosis, osteoartritis, fracturas, trastornos de movilidad por causas osteo mio articulares. También referir a fisioterapia para ejercicios de fuerza/resistencia y rehabilitación luego de una cirugía.

### **Deterioro cognitivo/demencia**

Derivar a geriatría, medicina interna o medicina familiar, de ser necesario remitirán al paciente a neurología, dependiendo de los síntomas y su gravedad. También se puede enviar a psicología para terapia cognitiva conductual o pruebas diagnósticas especializadas (neuropsicólogo).

### **Enfermedad cardiovascular**



- Se debe referir a medicina interna, geriatría o medicina familiar pacientes con hipertensión arterial refractaria (paciente con dosis óptimas de diurético tiazídico, IECA o ARA-2 y un calcio antagonista que no logra tener presiones arteriales <140/90 mmHg), sospecha de hipertensión arterial secundaria (hiperaldosteronismo primario, apnea obstructiva del sueño, feocromocitoma o paraganglioma, hipertensión renovascular); también se debe referir pacientes con falla cardíaca y disnea de esfuerzo, soplos (valvulopatías), angina estable y síncope; aquellos que en EKG muestre hipertrofia del ventrículo izquierdo, bloqueos de rama, isquemia miocárdica, extrasístoles, arritmias cardíacas para tratamiento e indicación de estudios como Holter, MAPA o Ecocardiograma. Estos especialistas pueden considerar remitirlo a cardiología.
- Al cuarto de urgencias deben remitir los pacientes con accidente cerebrovasculares, falla cardíaca aguda, dolor precordial (síndrome coronario agudo), arritmias cardíacas letales, disección o aneurismas aórticos, shock cardiogénico, emergencias hipertensivas.
- Derivar a oftalmología pacientes hipertensos con alteraciones visuales para establecer si tienen alguna patología como glaucoma o retinopatía hipertensiva.
- Si los hipertensos presentan enfermedad vascular periférica referir a medicina interna, geriatría o medicina familiar para dirigirlos a cirugía vascular periférica.
- Pacientes con secuelas de enfermedades cardiovasculares deben ser referidos a fisioterapia.

### Enfermedades digestivas

Dispepsia con o sin signos de alarma en adultos mayores, estreñimiento crónico, sangrados digestivos o sangre oculta en heces positiva, reflujo gastroesofágico, cirrosis hepática deben ser remitidos al gastroenterólogo para realizar estudios endoscópicos que nos ayuden a descartar procesos neoplásicos; es necesario que primero sean referidos a medicina familiar, geriatría o medicina interna.

### Referir a Servicios de Salud Mental

Paciente con diagnóstico nuevo o descompensación de sus síntomas de trastornos de conducta, depresión, ansiedad, psicosis, uso nocivo de sustancias, conducta suicida.

### Enfermedades respiratorias

Asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, apnea obstructiva del sueño, fibrosis pulmonar deben ser evaluadas por un neumólogo; la referencia a esta subespecialidad debe ser realizada por medicina interna, geriatría o medicina familiar. También se debe referir a terapia respiratoria.

### Enfermedades urológicas

- Síntomas urinarios obstructivos, hematuria macroscópica, incontinencia urinaria, disfunción eréctil, sospecha de cáncer de próstata, hematuria microscópica no glomerular (para descartar cáncer de vejiga, urotelial o renal) deben ser evaluados por urología.
- Antes de enviar a urología indicar un USG renal y vesical con residuo post-miccional, en el caso de los hombres se incluye el prostático transabdominal.
- Pueden ser referidos a fisioterapia para rehabilitación de suelo pélvico en los casos de incontinencia.

### Enfermedades ginecológicas

Las pacientes con alteración en los resultados del PAP (sospecha de cáncer cervicouterino), miomatosis uterina, masa anexial (sospecha de cáncer de ovario) y sangrados transvaginales postmenopáusicos, dispareunia deben ser evaluadas por ginecología.



### Síndromes geriátricos

- Referir a geriatría/ Medicina Familiar
- Enviar a oftalmología si presentan alguna alteración visual.
- Pacientes con sarcopenia o algún grado de mal nutrición deber ser evaluados por nutrición.
- Referir a fisioterapia para entrenamiento de la marcha y el equilibrio con ejercicios de fuerza/resistencia.

### Trabajo social

Si el paciente presenta factores de riesgo social, como: pobreza, discapacidad, no tienen familiares ni red de apoyo, son víctimas de maltrato y abandono.

Luego de su evaluación, diagnóstico y tratamiento deben ser referidos (contrarreferencia) por el médico especialista al médico general, con las indicaciones a seguir según la patología del paciente y los hallazgos que ha realizado, para dar un manejo en conjunto.



## Capítulo 7. Servicios Diurnos Especializados para la Persona Adulta Mayor

### Personas mayores en la comunidad



## Centro de Día para la Persona Adulta Mayor

La Coordinación Nacional de Adulto Mayor (CNAM) del MIDES, se encarga de la supervisión de los Centros de Atención Integral para Personas Mayores (CAIPM) a nivel nacional, incluyendo los centros de atención diurnos. Actualmente existen 81 CAIPM que albergan una población de 1992 personas mayores de los cuales 874 son hombres y 1118 mujeres.

Para el logro de este objetivo la CNAM cuenta con los siguientes instrumentos legales:

*"Manual de Procedimientos para la Creación, Reglamentación, Supervisión y Cumplimiento de los Estándares de Calidad en los Centros de Atención Integral para Personas Mayores, regulados por el Instituto Nacional de Adulto Mayor, adoptado Resolución 193 de 17 de abril de 2023."*

Este manual tiene como finalidad unificar criterios de operación y aplicar las normativas y procedimientos basados en las políticas sociales en el marco de los derechos humanos.

*"Protocolo de Atención Integral para Personas Mayores con Niveles de Dependencia en los Centros de Atención Integral para Personas Mayores, regulados por el Instituto Nacional de la PAM, adoptado mediante Resolución 237 de 18 de mayo de 2023."*

En Panamá, se viene trabajando en la primera Casa de Día en el Corregimiento de Juan Díaz, Rosario Gago Salinero, siendo un servicio diurno y cuyo asidero legal se encuentra en la Ley No. 228 del 23 de junio de 2021, que crea el Programa Casa de Día para las Personas Adultas Mayores en Panamá.

El Programa Casa de Día tiene como objetivo promover la autonomía e independencia en las personas mayores a fin de contribuir en el retraso de la pérdida de la funcionalidad y mantenerlas en su entorno familiar y social, a través de una asistencia periódica a una casa de día donde se entregarán temporalmente servicios socio-sanitarios y de apoyo.

La Casa de Día forma se articula con el Sistema Nacional de Cuidados, creado mediante la Ley No. 431 de 25 de abril de 2024, el cual reconoce el derecho al cuidado, al pleno bienestar y al desarrollo de la autonomía de las personas, con un enfoque priorizado sobre aquellas en situación de dependencia como los niños, niñas, adolescentes, personas con discapacidad y personas mayores que requieran de apoyo.

El Manual de Gestión Operativa del Modelo de Casa de Día, define la Casa de Día como un espacio físico con las condiciones de habitabilidad adecuadas, donde se atiende a adultos mayores prestándoles durante el día servicio socio sanitario y de apoyo familiar preventivo, a través de la promoción y la atención de las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales, así como actividades socioculturales y de promoción para un envejecimiento activo, con el objetivo de favorecer la autonomía, independencia y permanencia de las personas en el entorno habitual.

El servicio estará dirigido a todas aquellas personas adultas mayores de sesenta (60) años y más, que pertenezcan a los quintiles de vulnerabilidades I, II, II, con dependencia leve.

El artículo 4 de la Ley 228 de 23 de junio de 2021, establece dos (2) modalidades o tipologías de la Casa de Día: 1. Casas de Día para personas con problemas físicos, funcionales y/o sociales 2. Casas de Día para personas con deterioro cognitivo moderado.

En una misma Casa de Día se podrá atender estas dos modalidades o tipologías, dependiendo de la capacidad del recurso humano especializado, la infraestructura, el equipo inmobiliario y los recursos financieros destinados para la atención de la población.



Mediante un préstamo otorgado por el BID y con la asistencia técnica de la Fundación Matías de España se elaboró el Manual de Gestión Operativa del Modelo de Casa de Día, adoptado mediante decreto No. 28 de junio de 2024.

Este Manual tiene como objetivo, establecer los procesos de gestión y cuidado para la persona mayor de 60 años en adelante, en el Programa "Casa de Día". El mismo incluye los procesos de gestión y cuidado para garantizar intervenciones significativas y de calidad, dividido en áreas que incluyen el diseño del modelo, principios, definición de ambientes, equipos profesionales, plan de atención y vida, apoyo familiar y evaluación, lo cual permitirá avanzar en una oferta flexible y adaptable al espacio territorial donde se instale la Casa de Día.

La ley 228 establece que la Casa de Día, será ejecutado a través de un componente público-privado, y el MIDES como organismo ejecutor, entendiendo que existen otras modalidades de acompañamiento que se podrán implementar, considerando los recursos y los parámetros establecidos en la precitada ley de Programa de Casa de Día y la Ley 93 de 19 de septiembre de 2019, que crea el régimen de Asociación Público-Privada para el desarrollo como incentivo a la inversión privada, al desarrollo social y la creación de empleos.



## Centro de Atención Integral de Personas Adultas Mayores (Hogares, Asilos)

En Panamá, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) tiene la responsabilidad de regular, supervisar y articular los Centros de Atención Integral para Personas Mayores (CAIPM), asegurando que estos cumplan con estándares de calidad, derechos humanos y condiciones dignas de vida para la población mayor. Por su parte, el Ministerio de Salud (MINSa), a través del Programa de Salud de Adulto Mayor, asume la rectoría técnica en salud pública, garantiza la atención sanitaria integral y coordina con los servicios sociales para la atención de este grupo etario.

### Funciones de MIDES

- MIDES, a través de su Coordinación Nacional de Adulto Mayor, desarrolla inspecciones, giras técnicas y supervisión de los CAIPM, verificando el cumplimiento del Manual de Procedimientos para la creación, reglamentación y supervisión de estos centros.
- El decreto ejecutivo No. 238 de 23 de junio de 2021 (Gaceta Oficial N° 30079) establece las disposiciones para apertura, funcionamiento, supervisión y cierre de los CAIPM, ratificando la necesidad de que dichos centros obtengan la autorización previa del MINSa para operar.
- MIDES también coordina con otros actores institucionales (por ejemplo, el Instituto Nacional de la PAM, Ministerio de Comercio e Industria, Bomberos, entre otra) para asegurar que los servicios sociales, alimentarios, recreativos y de cuidado domiciliario estén integrados con la atención en salud.

### Funciones de MINSa

- MINSa es responsable de elaborar las normas técnicas, guías de manejo y protocolos para la atención integral de las personas mayores, incluyendo los CAIPM, y supervisa su cumplimiento a través del Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor.
- MINSa autoriza el funcionamiento de los CAIPM en materia de salud, asegurando que cumplan con requisitos de infraestructura, recursos humanos y servicios clínicos, como condición para el registro y seguimiento.
- Además, a través de sus regionales de salud, coordina la integración de los CAIPM en la red de atención primaria, estableciendo rutas de referencia y contrarreferencia para las personas mayores, incluyendo atención geriátrica, nutricional y social.

### Mecanismos de coordinación

La articulación entre MIDES y MINSa se sustenta en los siguientes mecanismos operativos:

- Protocolos de supervisión conjuntos: Las visitas técnicas de MIDES a los CAIPM se realizan en coordinación con los equipos de salud regionales de MINSa y, cuando aplica, de la Caja de Seguro Social (CSS).
- Aprobación y renovación de permisos: MIDES regula la apertura y funcionamiento de los centros, pero la autorización de servicios de salud depende de MINSa, lo cual requiere trámite compartido.
- Estándares unificados: El Manual de Procedimientos de MIDES recoge estándares de calidad tanto para el cuidado social como para la salud, los cuales se alinean con las guías clínicas de MINSa.



- Intercambio de información: MIDES y MINSA comparten base de datos y reportes de cumplimiento para la población mayor, asegurando la vigilancia de indicadores como dependencia funcional, hospitalizaciones y condiciones de vida.

#### Resultados esperados

- Garantizar que todos los CAIPM operen bajo estándares mínimos de calidad sanitaria y social, con mayor cobertura y acceso para personas mayores vulnerables.
- Fortalecer la continuidad de la atención integrada (salud + social) para personas mayores mayores de 60 años, incluidas aquellas con dependencia o fragilidad.
- Reducir la fragmentación de servicios, mejorar la referencia y contrarreferencia, y aumentar la calidad del cuidado en el envejecimiento.
- Asegurar que el modelo de atención para personas mayores deje de ser únicamente asistencialista y se convierta en una estrategia integral de salud pública y desarrollo social.



## Centro de Rehabilitación Integral – REINTEGRA

Producto del diseño del Plan Estratégico Nacional 2004, se identificó la necesidad en el sector salud de potenciar esfuerzos, sumar aliados y conciliar intereses para fortalecer la red de servicios en rehabilitación hacia una forma más humana, equitativa, accesible, solidaria con todos los panameños y panameñas. Es por ello se le da respuesta a la baja capacidad de accesibilidad a los grupos poblacionales más distante de la ciudad capital con la construcción e 4 cuatro Centros REINTEGRAS ubicados en la provincia de Chiriquí, Veraguas, Herrera y Colón.

Esta demanda históricamente insatisfecha hasta; de la población con Discapacidad que vive en el interior del país; va a ser atendida con humanismo, calidez, misión de patria para garantizar que todos sus hijos y los que están por nacer, tengan la oportunidad de contribuir en el desarrollo futuro del país ya que el rol principal de los centros de Rehabilitación Integral desde las mismas regiones de salud donde residen los que necesitan sus servicios debe ser, sin lugar a dudas fortalecer la red primaria del sistema de salud panameño, potenciar y mejorar la racionalización de los recursos existentes en el segundo nivel de atención y permitir al 3 nivel de atención focalizar todas sus energías en las personas que realmente necesitan de sus servicios.

En la actualidad se complementó esa necesidad con la creación de otros Centros Reintegra a Nivel Nacional siendo un total de 15 instalaciones.

Objetivo de los centros Reintegras:

1. Mejorar y asegurar la calidad de vida a niños y adolescentes con Discapacidad a través de una adecuada prevención, promoción, atención y rehabilitación integral.
2. Desarrollar la mayor independencia y funcionalidad de los niños y adolescentes con Discapacidad en las diferentes actividades de la vida diaria.
3. Crear conciencia y sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la atención a niños y adolescentes con Discapacidad.

Ubicación de los reintegras a nivel nacional

- Coclé: ubicado en la vía Interamericana Penonomé, a un costado del Hospital Aquilino Tejeira.
- Colón: ubicado en Cocosolo en la entrada de la Policlínica Hugo Espadafora.
- Chiriquí: Ubicado en la Vía Interamericana a un costado del Hospital Materno Infantil.
- Darién: ubicado en Metetí, detrás del Centro de Salud de Metetí.
- Herrera: ubicado junto a la agencia de la Caja del Seguro Social, Calle del cine moderno de Chitré.
- Los Santos: ubicado en la carretera Nacional vía Las Tablas, en la entrada del Hospital Anita Moreno a mano derecha.
- Veraguas: ubicado en la Vía interamericana Veraguas, detrás del Hospital Chicho Fábrega.
- Bocas del Toro: ubicado en Changuinola, finca N°12.
- La Chorrera: ubicado al frente diagonal a la Región de Salud y al Hospital Nicolas solano.
- 24 de diciembre: ubicado al lado del Centro de Salud del 24 de diciembre.
- Bejuco: ubicado en los terrenos del Centro de Salud de Bejuco.
- Caimitillo: ubicado en los terrenos del Centro de Salud de Caimitillo.



### Nivel Operativo

#### Departamento de Servicios Técnicos Terapéuticos

- Servicio de Terapia Física.
- Servicio de Terapia Ocupacional.
- Servicio de Fonoaudiología.

#### Departamento Técnico de Apoyo

- Servicio de Psicología.
- Estimulación Temprana.
- Trabajo Social.
- Registro y estadística de salud.

El Centro REINTEGRA de la Villa de los Santos inicia la atención a la población adulta, desde el año 2010.

Hoy día brinda atención a niños y adultos en situación de Discapacidad física permanente o transitoria, trastornos osteomusculares y neuromusculares.

A pesar de que la instalación no cuenta con equipos para brindar una mejor calidad para adultos, el personal ha realizado adecuaciones para brindar esta atención.

El flujograma de atención que se realiza:

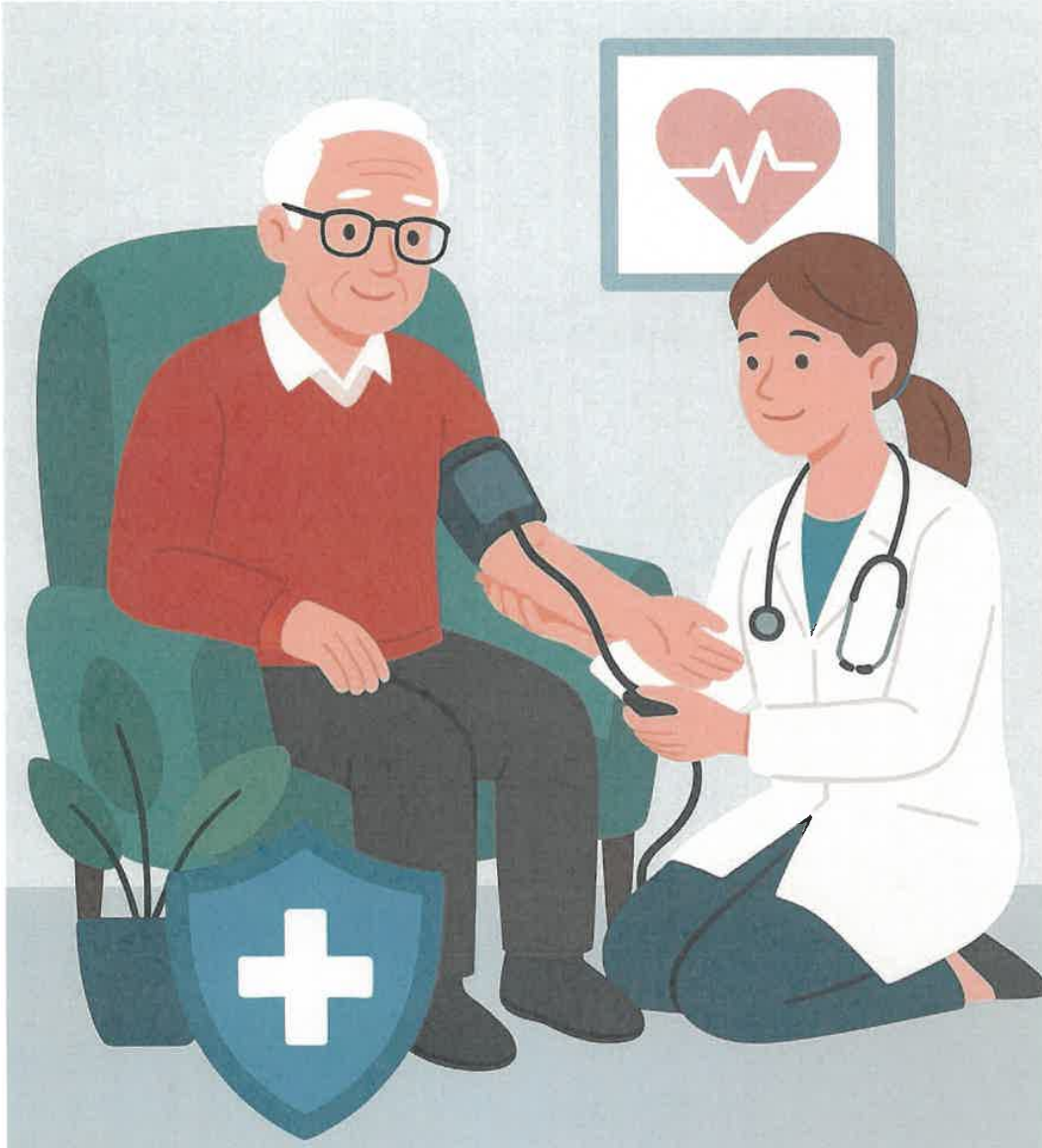
1. Los pacientes llegan al centro con diagnóstico médico (referencia) se le agenda una cita.
2. Se le agenda cita y es atendido dependiendo de su necesidad dos o tres veces a la semana.
3. El Dr. Tratante especifica la cantidad de sesiones que se le brindará.
4. Al terminar las sesiones, el paciente espera ser atendido por su médico tratante para reevaluar avances de su recuperación.

Equipo: Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Estimuladora Temprana

Horario de atención: lunes a viernes de 07:00 a.m. – 3:00 p.m.



## Anexos



# Instrumentos utilizados para la Valoración Geriátrica Integral

## Anexo 1: Índice de Barthel

### Actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel)

		Puntos
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	<b>Baño/Ducha</b>	
	<i>Independiente.</i> Se baña completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin ayuda, ni ser supervisado.	5
	<i>Dependiente.</i> Necesita ayuda o supervisión.	0
	<b>Vestido</b>	
	<i>Independiente.</i> Capaz de ponerse y quitarse la ropa, amarrarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos sin necesitar ayuda.	10
	<i>Ayuda.</i> Necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable sin ayuda.	5
	<i>Dependiente.</i> Necesita ayuda para la mayoría de las tareas	0
	<b>Aseo personal</b>	
	<i>Independiente.</i> Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, lavarse los dientes, maquillarse y afeitarse.	5
	<i>Dependiente.</i> Necesita alguna ayuda para alguna de estas actividades.	0
	<b>Uso del retrete (taza de baño)</b>	
	<i>Independiente.</i> Usa el retrete o taza de baño. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.	10
	<i>Ayuda.</i> Necesita ayuda para mantener el equilibrio sentado, limpiarse, ponerse o quitarse la ropa.	5
	<i>Dependiente.</i> Necesita ayuda completa para el uso del retrete o taza de baño.	0
	<b>Uso de escaleras</b>	
	<i>Independiente.</i> Sube o baja escaleras sin supervisión, puede utilizar el barandal o bastón si lo necesita.	10
	<i>Ayuda.</i> Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.	5
	<i>Dependiente.</i> Es incapaz de subir y bajar escaleras, requiere de ascensor o de ayuda completa.	0
<b>Traslado cama-sillón</b>		
<i>Independiente.</i> No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas se translada a la cama independientemente.	15	
<i>Mínima ayuda.</i> Incluye supervisión o una pequeña ayuda para el traslado.	10	
<i>Gran ayuda.</i> Requiere de una gran ayuda para el traslado (de una persona fuerte o entrenada), es capaz de permanecer sentado sin ayuda.	5	
<i>Dependiente.</i> Requiere de 2 personas o una grúa de transporte, es incapaz de permanecer sentado.	0	
<b>Desplazamiento</b>		
<i>Independiente.</i> Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto un andador. Si utiliza prótesis ponérsela y quitársela solo.	15	
<i>Ayuda.</i> Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión por otra persona (física o verbal), o utilizar andador.	10	
<i>Independiente en silla de ruedas.</i> Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros sin ayuda ni supervisión.	5	
<i>Dependiente.</i> No camina solo o no propulsa su silla solo.	0	
<b>Control de orina</b>		
<i>Continente.</i> No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, es capaz de atender solo su cuidado.	10	
<i>Incontinencia ocasional.</i> Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.	5	
<i>Incontinente.</i> Episodios de incontinencia con frecuencia más de una vez en 24 horas. Incapaz de manejar solo con la sonda o colector.	0	
<b>Control de Heces</b>		
<i>Continente.</i> No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se los administra solo.	10	
<i>Incontinencia ocasional.</i> Episodios ocasionales una vez por semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios.	5	
<i>Incontinente.</i> Más de un episodio por semana.	0	
<b>Alimentación</b>		
<i>Independiente.</i> Capaz de utilizar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada o servida por otra persona.	10	
<i>Ayuda.</i> Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo.	5	
<i>Dependiente.</i> Depende de otra persona para comer.	0	
<b>Total</b>		/100



Anexo 2: Escala de Lawton






**Actividades instrumentales de la vida diaria  
(Índice de LAWTON)**

		Si	No
		(1 punto)	(0 puntos)
<b>INDEPENDENCIA EN AVID</b>	<b>1) Capacidad para usar teléfono</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí: Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problemas. Sí: Marca sólo unos cuantos números bien conocidos. Sí: Contesta el teléfono pero no llama. No: No usa el teléfono.		
	<b>2) Transporte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí: Se transporta solo/a. Sí: Se transporta solo/a, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos. Sí: Viaja en transporte colectivo acompañado. No: Viaja en taxi o auto acompañado. No: No sale.		
	<b>3) Medicación</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí: Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas. No: Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado. No: Es incapaz de hacerse cargo.		
	<b>4) Finanzas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí: Maneja sus asuntos independientemente. No: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras. No: Es incapaz de manejar dinero.		
<b>5) Compras</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sí: Vigila sus necesidades independientemente. No: Hace independientemente sólo pequeñas compras. No: Necesita compañía para cualquier compra. No: Incapaz de cualquier compra.			
<b>6) Cocina</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sí: Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente. No: Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario. No: Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada. No: Necesita que le preparen los alimentos.			
<b>7) Cuidado del hogar</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sí: Mantiene la casa solo o con ayuda mínima. Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente. Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia. No: Necesita ayuda en todas las actividades. No: No participa.			
<b>8) Lavandería</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sí: Se ocupa de su ropa independientemente. Sí: Lava sólo pequeñas cosas. No: Todos se lo tienen que lavar.			
<b>Resultado</b>		/8	



Anexo 3: Evaluación Corta del Desempeño Físico

**Batería corta de desempeño físico (SPPB)**

<b>1. Prueba de balance</b>		
	<b>A. Pararse con los pies uno al lado del otro</b> ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba de balance.	Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) No <input type="checkbox"/> (0 punto) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
	<b>B. Pararse en posición semi-tándem</b> ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba de balance.	Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) No <input type="checkbox"/> (0 puntos) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
	<b>C. Pararse en posición tándem</b> ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos?  Tiempo en seg _____ (máx. 15)	Sí <input type="checkbox"/> (2 punto) Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) No <input type="checkbox"/> (0 punto) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 0= <3.0 seg o no lo intenta. <input type="checkbox"/> 1= 3.0 a 9.99 seg. <input type="checkbox"/> 2= 10 a 15 seg.		
<b>SUBTOTAL</b>		<b>Puntos: /4</b>
<b>2. Velocidad de marcha (recorrido de 4 metros)</b>		
	<b>A. Primera medición</b> Tiempo requerido para recorrer la distancia Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.	Seg: <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>
	<b>B. Segunda medición</b> Tiempo requerido para recorrer la distancia Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.	Seg: <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>
Calificación de la medición menor. <input type="checkbox"/> 1= >8.70 seg. <input type="checkbox"/> 2= 6.21 a 8.70 seg. <input type="checkbox"/> 3= 4.82 a 6.20 seg. <input type="checkbox"/> 4= <4.82 seg.		
<b>SUBTOTAL</b>		<b>Puntos: /4</b>
<b>3. Prueba de levantarse cinco veces de una silla</b>		
	<b>A. Prueba previa (no se califica, sólo para decidir si pasa a B)</b> ¿El paciente se levanta sin apoyarse en los brazos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>
	<b>B. Prueba repetida de levantarse de una silla</b> Tiempo requerido para levantarse cinco veces de una silla	Seg: <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>
Calificación de la actividad. 0= Incapaz de realizar cinco repeticiones o tarda > 60 seg                    1= 16.7 a 60 seg. 2= 13.7 a 16.69 seg.                    3= 11.2 a 13.69 seg                    4= < o igual 11.19 seg		
<b>SUBTOTAL</b>		<b>Puntos: /4</b>
<b>TOTAL BATERÍA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO (1+2+3)/12</b>		<b>Puntos: /12</b>



**Anexo 4: La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) Yesavage**

<p>Instrucciones: Mirar directamente a la persona, lograr su atención y explíquele:                  "Le voy a hacer unas preguntas que ayudaran a evaluar su estado de ánimo durante la última semana, respondiendo <b>sí</b> o <b>no</b> a las siguientes preguntas":</p>		
<p>En el siguiente orden, haga las preguntas a continuación:</p>		
1. ¿En general, está satisfecho (a) con su vida?	Sí (0)	<b>No (1)</b>
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	<b>Sí (1)</b>	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	<b>Sí (1)</b>	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido?	<b>Sí (1)</b>	No (0)
5. Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	<b>No (1)</b>
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	<b>Sí (1)</b>	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	<b>No (1)</b>
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado (a), desprotegido (a)?	<b>Sí (1)</b>	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	<b>Sí (1)</b>	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	<b>Sí (1)</b>	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo (a)?	Sí (0)	<b>No (1)</b>
12. ¿Actualmente se siente un (a) inútil?	<b>Sí (1)</b>	No (0)
13. ¿Se siente lleno (a) de energía?	Sí (0)	<b>No (1)</b>
14. ¿Se siente sin esperanzas en este momento?	<b>Sí (1)</b>	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	<b>Sí (1)</b>	No (0)
<p>Calificación: Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (<b>SI</b> o <b>NO en negritas</b>). Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos. La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.</p>		
0 - 4 puntos	Normal, sin síntomas depresivos	
5 - 8 puntos	Síntomas depresivos leves	
9 - 10 puntos	Síntomas depresivos moderados	
12 - 15 puntos	Síntomas depresivos graves	



## Anexo 5: Escala de Pfeiffer

Escala de Pfeiffer - SPMSQ	
PREGUNTA	ERRORES
Qué fecha es hoy (día, mes, año)	
¿Qué día de la semana es?	
Número de Teléfono o dirección	
Dónde estamos ahora	
Qué edad tiene	
Fecha de Nacimiento (día, mes, año)	
Quién es el presidente actual	
Quién era el presidente anterior	
Cuál es o era el primer apellido de su madre	
Cuenta en retroceso a partir del número 20 de 3 en 3 (cualquier error hace toda la respuesta errónea)	
TOTAL DE ERRORES	
Escala	Interpretación
0 a 2 errores	Normal
3 a 4 errores	Deterioro Cognitivo Leve
5 a 7 errores	Deterioro Cognitivo Moderado
más de 8 errores	Deterioro Cognitivo Severo
* Se permite un error adicional si el nivel educativo es bajo, y un error menos si tiene estudios superiores.	



Anexo 6: Evaluación del Estado Nutricional

**Mini Nutritional Assessment - Short Form (MNA-SF®)**

**Objetivo:**

Identificar el estado nutricional de la persona mayor.

**Instrucciones:**

Aplique el cuestionario indicando la puntuación para cada pregunta en cada cuadro de la derecha. Sume los puntos, anote el puntaje total y marque con X el cuadro de la interpretación que corresponda.

**Datos de la persona mayor**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Cribaje**

Preguntas	Puntaje
A. ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	0 = Ha comido mucho menos. 1 = Ha comido menos. 2 = Ha comido igual <input type="checkbox"/>
B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses).	0 = Pérdida de peso > 3 kg. 1 = No lo sabe. 2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 kg. 3 = No ha habido pérdida de peso. <input type="checkbox"/>
C. Movilidad	0 = De la cama al sillón. 1 = Autonomía en el interior. 2 = Sale del domicilio. <input type="checkbox"/>
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?	0 = Sí. 2 = No. <input type="checkbox"/>
E. Problemas neuropsicológicos.	0 = Demencia o depresión graves. 1 = Demencia leve o moderada. 2 = Sin problemas psicológicos. <input type="checkbox"/>
F1. Índice de masa corporal (IMC = peso (en kg) / (talla en metros) <sup>2</sup> )	0 = IMC < 19 kg/m <sup>2</sup> . 1 = 19 ≤ IMC < 21 kg/m <sup>2</sup> . 2 = 21 ≤ IMC < 23 kg/m <sup>2</sup> . 3 = IMC ≥ 23 kg/m <sup>2</sup> . <input type="checkbox"/>
<i>Si el Índice de masa corporal no está disponible, por favor sustituya la pregunta F1 con la F2. No conteste la pregunta F2 si ha podido contestar a la F1.</i>	
F2. Circunferencia de la pantorrilla izquierda (CP) en cm.	0 = < 31 cm. 3 = > 31 cm. <input type="checkbox"/>

**Interpretación:**

Marque con una ✓ de acuerdo al resultado obtenido

- Estado nutricional normal: 12 - 14 puntos
- Riesgo de desnutrición: 8 - 11 puntos
- Desnutrición: 0 - 7 puntos

**Puntuación total:** \_\_\_\_\_



Anexo 7: Escala DownTon

### ESCALA DE DOWNTON

Objetivo: Evaluar el riesgo de caída en personas mayores

D  
I  
M  
E  
N  
S  
I  
O  
N  
E  
S



**Caidas previas.** Considerar la historia de caídas en los últimos doce meses



**Medicamentos.** Valorar los medicamentos que incrementan el riesgo de caídas, como: opiáceos, neurolépticos, antidepresivos, antihistamínicos sedantes, etc.



**Déficits sensoriales.** La falta de visión o auditiva, ictus, afectaciones en las extremidades como amputaciones y/o intervenciones quirúrgicas.



**Estado mental.** Estado de confusión, agitación o deterioro cognitivo.



**Deambulación.** La alteración de la marcha, la movilidad, el equilibrio y el uso de dispositivos de ayuda (bastones, muletas, etc.)

María Estrada – Diseño por Marlene Ansola – Panamá - 2025

### ESCALA DE DOWNTON

Escala de valoración del riesgo de caída

Caidas previas	No	0	Estado mental	Orientado	0
	Sí	1		Confuso	1
Medicamentos	Ninguno	0	Deambulación	Normal	0
	Tranquilizantes - sedantes	1		Segura con ayuda	1
	Diuréticos	1		Insegura con/sin ayuda	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1		Imposible	1
	Anti parkinsonianos	1		TOTAL	
	Antidepresivos	1			
Déficits sensoriales	Ninguno	0	<b>Puntaje</b>		
	Alteraciones visuales	1	Alto Riesgo	>3	
	Alteraciones auditivas	1	Mediano Riesgo	2 a 3	
Alteraciones en extremidades (amputación, ictus, parálisis, etc.)		1	Bajo Riesgo	0 a 1	

María Estrada – Diseño por Marlene Ansola – Panamá - 2025



**Anexo 8: Criterios de Inclusión para la Visita Domiciliaria en la Persona Adulta Mayor**

Adulto mayor encamado, con movilidad reducida o discapacidad (moderada, grave y muy grave)	Situación de dependencia (moderada, severa y total) o con compromiso funcional grave.
Dispersión geográfica de la vivienda (difícil acceso) o áreas de poca seguridad	Situación de pobreza y pobreza extrema, con riesgo social alto
Adulto mayor que vive solo	Pacientes egresados de hospitalizaciones



## Anexo 9: Instrumento para la Supervisión al Nivel Regional

**MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**  
**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN**  
**PROGRAMAS DE SALUD ADULTO MAYOR**  
**INSTRUMENTO PARA PARA SUPERVISIÓN AL NIVEL REGIONAL**

Región de Salud: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Participantes: \_\_\_\_\_

Este instrumento tiene como finalidad obtener los datos necesarios para la elaboración del diagnóstico situacional del programa de Salud de Adultos en las quince regiones del Ministerio de Salud. Una vez realizado, el mismo debe ser analizado y establecerse una línea base que sirva de marco o referencia para las futuras evaluaciones (monitoreo y supervisión) de este programa, de manera tal que la gerencia nacional de la coordinación del programa de adulto mayor evalúe el funcionamiento e intervenciones realizadas sobre el mismo.

Al momento de realizar el diagnóstico, el análisis debe hacerse sobre cada criterio o componente a evaluar, de tal forma que se obtenga el subtotal en cada uno de ellos y al final, se analice el consolidado nacional.

De igual manera, los resultados o informe final de esta evaluación (tanto los regionales como el consolidado nacional), deben hacerse llegar a cada región de salud, utilizando la metodología más adecuada para tal fin, considerando la existencia de los recursos disponibles.

Por tal razón, este instrumento debe ser llenado por el equipo Nacional del Programa de Salud de Adulto Mayor de la Dirección General de Salud, en presencia del Coordinador Regional de Salud de Adulto Mayor y su equipo.

Se marcará **SI** o **NO**, para cada variable o pregunta en la casilla correspondiente. En observaciones generales se colocará cualquier dato adicional de interés y /o valores % de cumplimiento cuando sea posible.

Para obtener el nivel de funcionamiento de cada criterio (variable) a evaluar:

1. Se debe realizar una sumatoria de los criterios positivos de cada variable y el número obtenido se anota en el cuadro de resultado de la línea correspondiente.
2. El número obtenido de cada variable se suma por componente para obtener el valor de cada componente.
3. Para obtener el valor cualitativo, el porcentaje obtenido de cada variable se clasifica en la tabla valorativa. La valoración correspondiente, se anota en la columna de valor cualitativo de cada variable.
4. En el punto cuantitativo de Cobertura e Indicadores Generales, señalar con un gancho en la casilla correspondiente **Si** como positivo o **No** en caso negativo; si se cuenta con el numerador, y proceder a detallar numerador, denominador y % si aplica.



Cuadro No. 1

## RESULTADO DE LA EVALUACIÓN.

FUNCIONAMIENTO SEGÚN VARIABLE	Total asignado	Total Obtenido	VALOR CUALITATIVO
I. Gestión del proceso regional del programa.			
A. Organización y coordinación.	5		
B. Planificación y programación.	5		
C. Estructura	5		
D. Apoyo Logístico.	5		
E. Gestión de Recursos Humanos.	5		
F. Promoción de la salud.	3		
G. Supervisión, monitoreo y evaluación.	8		
H. Sistema de Información.	8		
II. Cobertura según componentes del programa.	17		
III. Indicadores Generales.	18		
<b>TOTAL DEL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO</b>	<b>79</b>		

Cuadro No. 2.

VALOR NUMÉRICO	VALOR CUALITATIVO
79 - 71	Excelente
70 - 63	Muy Bueno
62 - 54	Bueno
53 - 47	Regular
46 o menos.	Deficiente



**MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**  
**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN**  
**PROGRAMA DE SALUD DE ADULTO MAYOR**  
**INSTRUMENTO PARA PARA SUPERVISIÓN AL NIVEL REGIONAL**

CRITERIO PARA EVALUAR	SÍ	NO	OBSERVACIONES
<b>I. GESTIÓN DEL PROCESO REGIONAL DEL PROGRAMA</b>			
<b>A. Organización y Coordinación</b>			
1. ¿Se disponen de forma física o digital las políticas, leyes y reglamentaciones en salud del adulto mayor?			
2. ¿Se disponen de forma física o digital las normas, guías y protocolos de atención de salud del adulto mayor?			
3. ¿Existe evidencia de coordinación interinstitucional, inter programática e interdisciplinaria?			
4. ¿Participan organizaciones de la comunidad en la coordinación de las actividades?			
5. ¿Cuenta la coordinación regional con medios de comunicación? (Escrito o Digital)			
<b>B. Planificación y Programación</b>			
6. ¿Se dispone y ejecuta el plan operativo anual (POA) regional escrito con metas cuantitativas exclusiva para el programa de salud de adulto mayor?			
7. La dirección regional apoya o participa en la ejecución de planes de acción del programa.			
8. ¿Se programan acciones específicas dirigidas a la población que se encuentra en riesgo de salud o vulnerabilidad (Adultos que viven solos, discapacitados, diabéticos, obesos, entre otros)?			
9. ¿Se programa y se cumple con reuniones interdisciplinarias para discusión y análisis de aspectos técnicos referentes a la atención del adulto mayor?			
10. Hay proyectos, estudios o investigaciones en curso sobre envejecimiento saludable o necesidades identificadas en la población de PAM			
<b>C. Estructura</b>			
11. Existe en la dirección Regional la coordinación de Salud de Adulto Mayor diferenciada de Adultos.			
La Coordinación cuenta con:			
12. Espacio Físico disponible para trabajar.			
13. Mobiliario, materiales y equipo para realizar cada una de las funciones.			
14. Condiciones de Trabajo Seguras.			
14.1 Ventilación.			
14.2 Iluminación.			
14.4 Temperatura.			
15. ¿La coordinación está formada por médico(a), enfermera(o) y apoyo de trabajador(a) social, odontólogo(a) o nutricionista?			
<b>D. Apoyo logístico</b>			
16. ¿Se programa la adquisición de insumos para el programa de acuerdo con las metas que se han propuesto?			
17. La administración regional suministra los recursos mínimos necesarios para el desarrollo del programa de salud.			
18. ¿Existe un mecanismo periódico para la distribución de los insumos?			
19. ¿Tienen en existencia insumos para el desarrollo de las actividades del programa?			
20. ¿Existe un sistema de control de los insumos en la coordinación del programa?			
<b>E. Gestión de Recursos Humanos</b>			
21. Los miembros de la coordinación disponen de 40 horas semanales para desempeñar sus funciones			
22. ¿Se realiza un diagnóstico de necesidades de capacitación al recurso humano en programa de PAM?			
23. ¿Se realiza la programación de capacitaciones en adulto mayor a nivel regional?			
24. ¿Se ha dado cumplimiento a las actividades de capacitaciones programadas?			
<b>F. Promoción de la Salud</b>			



25. ¿Existen proyectos o planes dirigidos a la salud de las personas adultas mayores?			
26. ¿Se elabora, valida, produce, reproduce y distribuye material educativo de temas relacionados con la promoción de la salud del adulto mayor?			
27. Mantiene registro actualizado de los grupos organizados de adultos mayores existentes en sus niveles locales.			
<b>G. Supervisión, Monitoreo y Evaluación.</b>			
28. ¿Disponen de un cronograma de supervisiones y monitoreo del cumplimiento de las normas de salud del adulto mayor en el nivel local?			
29. ¿Se ha dado cumplimiento a las programadas?			
30. ¿Se establecen estrategias, acuerdos y compromisos formales con los niveles locales para mejorar la calidad de la atención en el programa de salud de adulto mayor?			
31. ¿Se ha dado cumplimiento a los acuerdos y compromisos?			
32. ¿Realiza supervisiones a los CAIPM (Centro de Atención Integral para personas mayores) de responsabilidad?			
33. ¿Se divulga al personal de las instalaciones de salud los resultados y las expectativas del monitoreo realizado?			
34. ¿Se comunica formalmente a la Dirección regional las áreas problemáticas identificadas?			
35. ¿Se envía de forma semestral informe con el análisis de lo encontrado en su región a la Coordinación Nacional y Dirección Regional?			



CRITERIO A EVALUAR					SÍ	NO	OBSERVACIONES
<b>H. Sistema de Información.</b>							
36. ¿Se dispone de censo estimado del año de la población adulta mayor por grupo de edad, sexo, distrito, corregimiento y sectores?							
Población de 60 años a 84 años		Varones		Mujeres			
Total							
Población de 85 y más años		Varones		Mujeres			
Total							
37. ¿La información es divulgada según nivel de correspondencia?							
38. ¿Existe coordinación para el intercambio de información entre CSS y MINSA?							
39. ¿Se dispone de la historia clínica para personas adultas mayores y se utiliza?							
40. ¿Presenta listado de instalaciones con implementación del SEIS y porcentaje de usabilidad?							
41. ¿Cuenta con análisis de las 5 causas principales de mortalidad en adulto mayor?							
42. ¿Cuenta con análisis de las 5 causas principales de morbilidad por ENT en adulto mayor?							
43. ¿Cuenta con análisis de las 5 causas principales de morbilidad por Enf Transmisibles en adulto mayor?							

II. COBERTURA SEGUN COMPONENTES DEL PROGRAMA.	CUMPLE		Fórmula	%		
	SÍ	NO	Numerador / Denominador			
44. Cobertura Regional de vacuna de TD			/			
45. Cobertura Regional de Vacuna de Influenza adulto mayor			/			
45. Cobertura Regional de Vacuna de Neumococo de adulto mayor			/			
47. Cobertura Regional de Vacuna contra el Virus Sincitial respiratorio en el adulto mayor			/			
48. Citología cervical uterina (Papanicolaou) según lo normado			/			
49. Porcentaje de registro de notificaciones de sospecha de violencia hacia los adultos mayores			/			
50. Cobertura de al menos una cita de control anual documentada			/			
51. Cobertura de continuidad de atención (al menos 2 controles anuales)			/			
52. Cobertura de Valoración Geriátrica Integral (VGI)			/			
53. Cobertura del componente de Hipertensión Arterial			/			
54. Cobertura del componente de Diabetes			/			
55. Cobertura del componente de Obesidad			/			
56. Cobertura de TAES en la población adulta mayor.			/			
57. Cobertura de la capacitación de sintomáticos respiratorios en población adulta mayor.			/			
58. Cobertura de las instalaciones con un programa de adecuaciones estructurales para la prevención de caída creado y adecuado a la realidad de la instalación			/			
58. Cobertura del programa de salud mental en la población adulta mayor.			/			
60. Cobertura del programa de salud bucal en la población adulta mayor.			/			
<b>III. INDICADORES GENERALES.</b>			Número	Tasa	SÍ	NO
61. Tasa de mortalidad general.						
62. Tasa de mortalidad en la población adulta.						
63. Tasa de mortalidad en la población adulta mayor.						
64. Tasa de mortalidad por cáncer de próstata.						
65. Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino.						
66. Tasa de mortalidad por cáncer de mamas.						
67. Tasa de mortalidad por accidentes, homicidios, suicidios y otras violencias en la población adulta mayor.						
68. Incidencia de VIH/SIDA en la población adulta mayor.						
69. Incidencia de ITS en población adulta mayor.						
70. Prevalencia de Inactividad física (Z72.3) en adulto mayor						
71. Prevalencia en adulto mayor de Pre Hipertensión (I10.S)			HTA I(I10.1)			
HTA II(I10.2)						
72. Prevalencia en adulto mayor de Obesidad (E66.9)			Obesidad Mórbida			



(E66.8)				
73. Prevalencia en adulto mayor de Prediabetes (R73.0)				
74. Prevalencia en adulto mayor de Diabetes (E10)				
75. Prevalencia en adulto mayor de Síndrome metabólico (E88.9)				
76. Prevalencia de adultos mayores con algún tipo de discapacidad				
77. Prevalencia de desnutrición o riesgo nutricional detectado en adulto mayor con IMC < 18.5kg/m2 (E43, E44.0, E44.1, E46)				
78. Prevalencia de deterioro cognitivo o demencia en el adulto mayor (F06.7, F03)				

**Equipo Supervisor**

**Equipo Regional**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Anexo 10: Instrumento para la Supervisión al Nivel Local**

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN  
PROGRAMA DE SALUD DE ADULTO MAYOR  
**INSTRUMENTO PARA SUPERVISIÓN AL NIVEL LOCAL**

**INSTRUCTIVO**

El presente instrumento tiene como finalidad conocer el desarrollo, fortalezas y limitantes del Programa de Salud de Personas Adultas Mayores (PAM) en los niveles locales de la Región de Salud, así como brindar retroalimentación y orientación en las áreas que lo requieran, de acuerdo con los hallazgos encontrados. Los resultados obtenidos brindarán una línea base para evaluar las intervenciones y avances realizados, en futuros monitoreos o supervisiones.

El formato consta de varias secciones con criterios de interés para evaluar. Las casillas con las alternativas [Sí, No, N/A (no aplica)], se marcará con una equis (X) o gancho (✓), de acuerdo con la observación o evaluación realizada. En la casilla de observaciones se colocarán datos adicionales o aclaratorios.

Se debe sustentar la ejecución de las actividades mediante la presentación de evidencias del período evaluado (fotos, videos, listas de reuniones, notas, actas, etc.).

Posteriormente se sumará el total obtenido en cada sección y el número obtenido se anotará en el cuadro de resultados, en la línea correspondiente.

Para obtener el valor cualitativo, el valor numérico total obtenido se dividirá entre el total asignado y se multiplica x 100. El porcentaje obtenido se coteja y clasifica según lo establecido en la tabla valorativa del Cuadro N°2 (Valor Cualitativo de la Evaluación) y se anota en el espacio correspondiente.

Los resultados o informe final de esta evaluación, se entregará al director o autoridad local presente y coordinadores del programa.



Ministerio de Salud de Panamá  
 Dirección General de Salud Pública  
 Departamento de Atención Integral a la Población  
 Programa de Salud de Personas Adultas Mayores  
**INSTRUMENTO PARA SUPERVISIÓN AL NIVEL LOCAL**

Instalación Supervisada: \_\_\_\_\_ Fecha de Supervisión: \_\_\_\_\_  
 Población Total de responsabilidad con 60 años y más: \_\_\_\_\_  
 Coordinador Médico Local: \_\_\_\_\_  
 Enfermera(o) Coordinadora Local: \_\_\_\_\_

**A- Administrativo (11 puntos)**

CRITERIO PARA EVALUAR	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
1. Se disponen de la norma, leyes y reglamentaciones en salud relacionados con la persona adulta mayor (PAM). Físico o digital				
2. Se realizan reuniones periódicas inter programática y/o interdisciplinarias				
3. Hay coordinación con organizaciones o autoridades de la comunidad para el desarrollo de las actividades				
4. Se dispone del plan operativo anual (POA) local propio del programa de PAM, actualizado y visible en el SIMEPLANS				
5. Se ejecuta el plan operativo anual (POA) local conforme a lo proyectado.				
6. Existe programación de capacitaciones al personal en temas alusivos al programa de PAM				
7. Se ha dado cumplimiento a las capacitaciones programadas				
8. Se realizan gestiones formales a los gerentes para informar las necesidades del programa				
9. Cuenta con cronograma de visitas domiciliarias a PAM en situaciones de vulnerabilidad (viven solos, discapacitados, encamados, etc.) detectados o referidos.				
10. Se realizan las visitas domiciliarias según cronograma				
11. Hay proyectos, estudios o investigaciones en curso sobre envejecimiento saludable o necesidades identificadas en la población de PAM				

Sub Total: \_\_\_\_\_



**B- Estructura y Recursos (12 puntos)**

CRITERIO PARA EVALUAR	SÍ	NO	N/A	OBSERVACIONES
12. Cuenta la instalación con el Programa de PAM instaurado y activo				
13. La coordinación local está formada como mínimo por médico(a) y/o enfermera(o)				
14. Los coordinadores locales disponen al menos de 10 horas semanales para desempeñar sus funciones				
15. Existe espacio físico disponible para trabajar y coordinar el programa PAM				
16. La administración local suministra recursos para el desarrollo del programa (transporte, papelería, refrigerios, etc.)				
17. Tienen en existencia insumos para el desarrollo de las actividades del programa				
Existe en la instalación la infraestructura adecuada y recomendada para el acceso y movilización de PAM en la instalación:				
18. Rampas				
19. Pasamanos				
20. Bandas antideslizantes en el suelo				
21. Estacionamientos señalizados				
22. Baños con medidas de seguridad y elementos de apoyo que faciliten el acceso y prevención de caídas				
23. Filas o mecanismos para priorizar la atención a PAM				

Sub Total: \_\_\_\_\_

**C- Promoción de la Salud (4 puntos)**

CRITERIO PARA EVALUAR	SÍ	NO	N/A	OBSERVACIONES
24. Se solicita y distribuye material educativo de temas relacionados con la promoción de la salud de las PAM				
25. Existen grupos organizados de PAM de la instalación.				
26. Realizan actividades para promover el envejecimiento saludable (ejercicios, nutrición, estimulación cognitiva, recreativas, etc.)				
27. Existe cronograma de docencias para los usuarios, familiares o cuidadores en temas relativos al adulto mayor				

Sub Total: \_\_\_\_\_



**D. Sistema de Información (7 puntos)**

CRITERIO PARA EVALUAR	SÍ	NO	N/A	OBSERVACIONES
28. Se dispone del censo estimado de PAM del año evaluado.				
29. Se llena el formulario en casos de violencia y se notifican a las autoridades.				
30. Mantiene registro actualizado de PAM encamadas o en situación de vulnerabilidad (viven solos, discapacitados, etc.).				
31. Realiza evaluación y análisis semestral de los indicadores del programa.				
32. Envía informes semestrales establecidos a la coordinación regional oportunamente.				
33. Cuentan con un sistema de citas para la atención de PAM.				
34. Dispone de mecanismos de contacto o recordatorio para citas (llamadas, mensajería, promotores o visitas domiciliarias).				

Sub Total: \_\_\_\_\_

**E. Supervisión y Monitoreo de Atención (30 puntos)**

CRITERIO PARA EVALUAR	SÍ	NO	N/A	OBSERVACIONES
<b>E.1.- Supervisión</b>				
35. Realiza supervisiones a los CAIPM (Centro de Atención Integral para personas mayores) de responsabilidad.				
36. Se realizan supervisiones conjuntas con MIDES a los CAIPM de responsabilidad.				
37. Se comunica formalmente a la Dirección regional los resultados de las supervisiones.				
<b>E.2.- Monitoreo de atención (Verificar 5 expedientes de PAM)</b>				
Llenado adecuado de la historia clínica				
38. Datos generales				
39. Antecedentes personales				
40. Antecedentes familiares				
41. Factores de riesgo				
42. Tamizajes				
Vacunas aplicadas (según norma del PAI)				



43. Td				
44. Neumococo conjugado				
45. Neumococo polisacárido				
46. Neumococo 20 Valente				
47. Influenza				
48. Virus Sincitial Respiratorio				
49. Exploración física				
50. Registro de signos vitales y presión arterial				
51. Registro de peso y talla				
52. Evaluación nutricional				
53. Evaluación odontológica anual				
Valoración geriátrica integral (VGI):				
54. Área clínica				
55. Área Funcional				
56. Área Social/Afectiva				
57. Área Mental				
58. Valoración del Riesgo Cardiovascular				
59. Laboratorios normados de control anual indicados y/o realizados.				
60. Revisión o prescripción de medicamentos				
61. Estratificación del riesgo				
62. Impresión diagnóstica				
63. Plan de manejo				
64. Orientación al paciente, familiar o cuidador				

Sub Total: \_\_\_\_\_

Cuadro N°1. Resultados de la Evaluación

Variables evaluadas	Total asignado	Total obtenido	Categorización cualitativa
A- Administrativo	11		
B- Estructura y Recursos	12		
C- Promoción de la Salud	4		
D- Sistema de Información	7		
E- Supervisión y Monitoreo de Atención	30		
<b>Gran total</b>	<b>64</b>		



Cuadro N° 2. Valor cualitativo de la Supervisión

Valor Numérico	Valor Cualitativo
57 - 64	Excelente
63 - 51	Muy bueno
50 - 44	Bueno
43 - 38	Regular
37 o menos	Deficiente

**Logros:**

---

---

---

---

**Limitantes o Nudos Críticos:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Recomendaciones:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Equipo Regional Supervisor:**

---

---

---

---

---

**Equipo Local Supervisado:**

---

---

---

---

---





## Bibliografía

- Abd Razak MA, Ahmad NA, Chan YY et al. Validity of screening tools for dementia and mild cognitive impairment among elderly in primary health care: a systematic review. *Public Health*. 2019 Apr; 169:84-92.
- Aguilar-Navarro SG, Mimenza-Alvarado AJ, Palacios-García AA, Samudio-Cruz A, Gutiérrez-Gutiérrez LA, Ávila-Funes JA. Validity and Reliability of the Spanish Version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) for the Detection of Cognitive Impairment in Mexico. *Rev Colombia Psiquiatría (Engl Ed)*. 2018 Oct-Dec;47(4):237-243. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rcp.2017.05.003. Epub 2017 Jul 29. PMID: 30286846.
- American Medical Association, How does an extended prescription duration help your patients and your practice? 2022.
- Ardeljan AD, Hurezeanu R. Sarcopenia. [Actualizado el 4 de julio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560813>.
- Arndt, B.G., Beasley, J.W., Watkinson, M.D., Tente, J.L., Tuan, W-J., Sinsky, C.A., Gilchrist, V.J. (2017). Tethered to the EHR: Primary Care Physician Workload Assessment Using EHR Event Log Data and Time-Motion Observations. *Annals of Family Medicine*, 15(5): 419-426.
- Barocas DA, Boorjian SA, Alvarez RD, Downs TM, Gross CP, Hamilton BD, Kobashi KC, Lipman RR, Lotan Y, Ng CK, Nielsen ME, Peterson AC, Raman JD, Smith-Bindman R, Souter LH. Microhematuria: Guía AUA/SUFU. *J Urol*. octubre de 2020; 204(4):778-786.
- Burke M, Rowe T. Vaccination in Older Adults. *Clinics in Geriatrics Medicine*. 2018;34(1):131-143.
- Campos-García, A.; Oliver, A.; Tomás, J.M.; Galiana, L.; Gutiérrez, M. Autocuidado: Nueva evidencia sobre su medida en adultos mayores. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*. 2018, 53, 326-331.
- Clarkson JE, Pitts NB, Goulao B, Boyers D, Ramsay CR, Floate R, Braid HJ, Fee PA, Ord FS, Worthington HV, van der Pol M, Young L, Freeman R, Gouick J, Humphris GM, Mitchell FE, McDonald AM, Norrie JD, Sim K, Douglas G, Ricketts D. Risk-based, 6-monthly and 24-monthly dental check-ups for adults: the INTERVAL three-arm RCT. *Health Technol Assess*. 2020 Nov;24(60):1-138. doi: 10.3310/hta24600. PMID: 33215986; PMCID: PMC7701991.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2016. National Ambulatory Medical Care Survey: 2016 National Summary Tables. Retrieved from [https://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/namcs\\_summary/2016\\_namcs\\_web\\_tables.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/namcs_summary/2016_namcs_web_tables.pdf)
- Colters, C., Güell, M., & Belmar, A. (2020). Gestión del cuidado de enfermería en la persona mayor hospitalizada. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 65-75. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.11.009>
- Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores como herramienta para promover la Década del Envejecimiento Saludable. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326947>. Disponible en: [https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/betilde\\_munoz\\_pogossian.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/betilde_munoz_pogossian.pdf)
- Choi JY, Rajaguru V, Shin J et al. Comprehensive geriatrics assessment and multidisciplinary team intervention for hospitalized older adults: a scoping review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023 Jan;104:104831.



- Decreto Ejecutivo No. 175 de 27 de mayo. (2019). Que crea la Comisión Técnica Nacional para la Promoción del Envejecimiento Saludable. Recuperado el 7 de octubre de 2024, de gacetaoficial.gob.pa: [https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/28783\\_B/73060.pdf](https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/28783_B/73060.pdf)
- Delgado-Silveira, E.; Molina Mendoza, M.; Montero-Erasquín, B.; Muñoz García, M.; Rodríguez Espeso, E.; Vélez-Díaz-Pallarés, M. y Cruz-Jentoft A. (Septiembre de 2023). Versión en español de los criterios STOPP/START 3. Avances en la detección de la prescripción inapropiada de medicamentos en personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 58(2023), 1-3. <https://www.smgg.es/images/documentos/Criterios-STOPPSTART-3-octubre-2023.pdf>
- Enfermería Buenos Aires. (2024). Escala Downton: Valoración del Riesgo de Caídas. Escala Downton: Valoración del Riesgo de Caídas - 2025
- Estadísticas nacionales de adulto mayor, recuperado de: <https://tecontamos.pa/adultos-mayores/> [https://tecontamos.pa/adultos-mayores/?utm\\_source=chatgpt.com](https://tecontamos.pa/adultos-mayores/?utm_source=chatgpt.com)
- Estrada, María Soraya. MEDAC. (s.f.). Escala Downton: escala de riesgo de caídas. <https://medac.es/blogs/sanidad/escala-downton>
- Farrell DR, Vassalotti JA. Screening, identifying, and treating chronic kidney disease: why, who, when, how, and what? *BMC Nephrol*. 2024 Jan 25;25(1):34. doi: 10.1186/s12882-024-03466-5. PMID: 38273240; PMCID: PMC10809507.
- Fundación Pilares para la autonomía personal. Derechos y deberes de las personas mayores en situación de dependencia y su ejercicio en la vida cotidiana. España. 2019. Disponible en: <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/derechos-y-deberes-de-las-personas-mayores-en-situacion-de-dependencia-y-su-ejercicio-en-la-vida-cotidiana/#:~:text=Deber%20de%20tomar%20decisiones%20y,quotas%20correspondientes%20en%20las%20residencias.>
- Gaceta Oficial Digital (04 de agosto de 2016). Ley N° 36 (De 2 de agosto de 2016) Que establece la Normativa para la Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Panamá. [https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/28089\\_A/GacetaNo.28089a\\_20160804.pdf](https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/28089_A/GacetaNo.28089a_20160804.pdf)
- García Pliego RA, Baena Díez JM, Herreros Herreros Y, Acosta Benito MÁ. Deprescripción en personas mayores: es el momento de pasar a la acción. *Aten Primaria*. 2022 Aug;54(8):102367. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102367. Epub, 2022 May 30. PMID: 35653980; PMCID: PMC916047
- García-Vera, EM.9 Robles-Rodríguez, A. et al. La comunicación médico paciente: ¿Reto para el paciente geriátrico o para el médico familiar? *Aten Fam*. 2016;23(2):63-66.
- Garra J, Cox N, Dodds R et al. Comprehensive geriatric assessment in primary care: a systematic review. *Aging Clin Exp Res*. 2020 Feb;32(2):197-205.
- González-González, E.; Requena, C. Practices of Self-Care in Healthy Old Age: A Field Study. *Geriatrics* 2023, 8, 54. <https://doi.org/10.3390/geriatrics8030054>
- Tomás Caycho-Rodríguez, José M. Tomás, José Ventura-León, Patricia Sancho, Isabel Cabrera-Orosco, Miguel Barboza-Palomino, Medición de la voluntad de vivir en adultos mayores: adaptación transcultural, validez y confiabilidad de la Will-to-Live Scale, *Enfermería Clínica*, Volume 31, Issue 1.
- Guía American Diabetes Association 2024: Los estándares de cuidado en diabetes
- Guías de la Asociación Europea de Urología, 2023. Cáncer de próstata. Pág 72-103.
- Guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Hipertensión 2024 para el tratamiento de la hipertensión arterial. Kreutz, Reinhold y otros. *Revista Europea de Medicina Interna*, Volumen 126.
- Guía: "Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes". Ministerio de Salud y Protección social de Colombia.



- Haque K, Bhargava P. Abdominal Aortic Aneurysm. *Am Fam Physician*. 2022 Aug;106 (2):165-172. PMID: 35977132.
- Holman-Rock M, van Hirtum H, de Vreede P et al. Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties of instruments. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2019;31(7):917-925.
- Ian A. Scott, MBBS, FRACP, MHA, MEd1,2; Sarah N. Hilmer, MBBS, FRACP, PhD3,4; Emily Reeve, BPharm (Hons), PhD, Reducing Inappropriate Polypharmacy the Process of Deprescribing; et al *JAMA Intern Med*. 2015;175(5):827-834. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0324
- Instituto Nacional de Geriátría, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Gobierno de México, Evaluación de fármacos para las personas adultas mayores, INGer /InSalud, 07 de julio de 2016
- Jia X, Wang Z, Huang F y colaboradores. Una comparación del Mini-Examen del Estado Mental (MMSE) con la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para la detección de deterioro cognitivo leve en la población china de mediana edad y mayores: un estudio transversal. *BMC Psiquiatría*. 4 de octubre de 2021; 21(1):485. DOI: 10.1186/s12888-021-03495-6. PMID: 34607584; PMCID: PMC8489046.
- Jung J, Shim GJ, Park JS, Kwon YD, Ryu JI. Effect of anti-resorptive therapy on implant failure: a systematic review and meta-analysis. *J Periodontal Implant Sci*. 2024 Jul 10. doi: 10.5051/jpis.2304040202. Epub ahead of print. PMID: 39058350.
- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad (2019). Guía de buenas prácticas en prevención de caídas.
  - <https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2019.ficheros/1519372-Gu%C3%ADa%20de%20buenas%20pr%C3%A1cticas%20en%20prevenci%C3%B3n%20de%20caidas.pdf>
- Kelbling E, Ferreira Prescott D, Shearer M et al. An assessment of the content and properties of extended and instrumental activities of daily living scales: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2024 May;46(10):1990-1999.
- Kreutz, Reinhold y otros. Guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Hipertensión 2024, para el tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Europea de Medicina Interna*, Volumen 126, 1 – 15.
- Kotwal AA, Walter LC. Cancer Screening Among Older Adults: A Geriatrician's Perspective on Breast, Cervical, Colon, Prostate, and Lung Cancer Screening. *Curr Oncol Rep*. 2020 Aug 15;22(11):108. doi: 10.1007/s11912-020-00968-x. PMID: 32803486; PMCID: PMC8191500.
- Leonardo Arriagada, Tamara Carrasco, Mikol Araya, Unidad Geriátrica de Agudos y Cuidados de Fin de vida, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile, Polifarmacia y deprescripción en personas mayores *Revista Médica Clínica Las condes* Vol. 31. Núm. 2. Páginas 204-210 (marzo - abril 2020).
- Ley No. 149 de 24 de abril. (2020). Que Modifica la Ley 36 de 2016, sobre la Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, y Adiciona Disposiciones al Código Penal. Recuperado el 7 de octubre de 2024, de [gacetaoficial.gob.pa](http://gacetaoficial.gob.pa):
  - <https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/29010/78267.pdf>
- Ley No. 36 de 2 de agosto. (2016). Que establece la Normativa para la Protección Integral de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Recuperado el 7 de octubre de 2024, de [gacetaoficial.gob.pa](http://gacetaoficial.gob.pa):
  - [https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/28089\\_A/57340.pdf](https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/28089_A/57340.pdf)
- Lim AR, Park W, Moon SJ, Kim MS, Lee S. The trend of dental check-up and prevalence of dental complications following the use of bone modifying agents in patients with metastatic breast and



- prostate cancer: analysis of data from the Korean National Health Insurance Service. *BMC Health Serv Res.* 2024 Apr 2;24(1):412. doi: 10.1186/s12913-024-10859-7. PMID: 38566103; PMCID: PMC10988945
- Loureiro C, García C, Adana L, Yacelga T, Rodríguez-Lorenzana A, Maruta C. Use of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in Latin America: a systematic review. *Rev Neurol* 2018;66 (12):397-408. DOI: 10.33588/rn.6612.2017508.
  - Madeira T, Severo M, Correia D et al. Nutricional intake and malnutrition in institutionalised and non-institutionalised older adults. *Br J Nutr.* 2022 Sep 14;128(5):921-931.
  - Mair A, Wilson M, Dreischulte T. Addressing the challenge of polypharmacy. *Ana Rev Pharmacol Toxicol.* 2020 Jan 6;60:661-681.
  - Mark Ruscin, PharmD, FCCP, BCPS, Southern Illinois University Edwardsville School of Pharmacy; Sunny A. Linnebur, PharmD, BCPS, BCGP, Skaggs School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, University of Colorado, Problemas relacionados con los fármacos en los ancianos, Manual MSD, versión profesional Revisado/Modificado jul 2021
  - Martínez, Silvia Edith. Derecho a la salud. Personas adultas mayores Corte IDH, Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39753.pdf>
  - Mejía Vázquez, R.; Delgado Cruz, F y Salgado Schoelly, Héctor. (s.f). Criterios Start-Stop. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/2018-2024/medicamentos/FICHAS%20TECNICAS/BOLETINES%20USO%20RACIONAL%20MEDICAMENTOS/2019/Boletin%20%20STOPP%20START%20jul19.pdf>
  - Ministerio de Salud. Colombia. (s.f). Procesos para la Prevención y Reducción de la Frecuencia de Caídas. Paquetes instruccionales Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>
  - Ministerio de Salud de Panamá. (2016). Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016-2025. Recuperado el 7 de octubre de 2024, de [minsa.gob.pa](https://www.minsa.gob.pa): [https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas\\_de\\_salud\\_del\\_minsa.pdf](https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas_de_salud_del_minsa.pdf)
  - Ministerio de Salud de Panamá. Esquema Nacional de Vacunación, 2021.
  - Moayyedi P, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, Howden CW, Vakil N. Guía clínica de ACG y CAG: Manejo de la dispepsia. *Am J Gastroenterol.* Julio de 2017; 112(7):988-1013. doi: 10.1038/ajg.2017.154. Epub 20 de junio de 2017. Fe de erratas en: *Am J Gastroenterol.* Septiembre de 2017; 112(9):1484. PMID: 28631728.
  - Morlachetti, Alejandro. Derecho Humanos y Salud Personas Mayores. OPS. Disponible en: [https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/modulo\\_7-\\_alejandro\\_morlachetti.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/modulo_7-_alejandro_morlachetti.pdf)
  - Naciones Unidas. CEPAL. Envejecimiento y derechos humanos: la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. 2019. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/envejecimiento-derechos-humanos-la-convencion-interamericana-la-proteccion-derechos-humanos>
  - OEA. (2015). Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Recuperado el 7 de octubre de 2024, de [oas.org](https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf): [https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_a-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)



- Oliva, Emylys. ¿Cómo abordar la Hematuria Microscópica Asintomática en Atención Primaria? RMP 2024; 44(2):129132. DOI: 10.37980/im.journal.rmdp.2024241
- Oliva Rodríguez E. ¿Cómo abordar la Hematuria Microscópica Asintomática en Atención Primaria? Rev. méd. Panamá. 2024:129-32.
- OPS/OMS. (12 de junio de 2023). Países de la región definen acciones para implementación acelerada de HEARTS en las Américas. Recuperado el 7 de octubre de 2024, de paho.org: <https://www.paho.org/es/noticias/12-6-2023-paises-region-definen-acciones-para-implementacion-acelerada-hearts-americas>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2021. Caídas. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Organización Panamericana de la Salud (2023). La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores como herramienta para promover la Década del Envejecimiento Saludable. Disponible en:
  - [https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/betilde\\_munoz\\_pogossian.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/betilde_munoz_pogossian.pdf)
- Parker SG, McCue P, Phelps K et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. Age Ageing. 2018 Jan 1;47(1):149-155.
- Paula A Rochon, MD, MPH, FRCPCSection, Kenneth E Schmader, MDDeputy Editor: Jane Givens, MD, MSCE. Drug Prescribing for older Adults, Up To date, Inc, Literature review current through: Sep 2024. This topic last updated: Apr 01, 2024.
- Pedraza L, Olga Lucia et al. Puntuaciones del MoCA y el MMSE en pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia en una clínica de memoria en Bogotá. Acta Neurol Colombia. 2014, vol.30, n.1, pp.22
- Pérez Caballero Manuel Delfín, León Álvarez Jorge Luis, Dueñas Herrera Alfredo, Alfonzo Guerra Jorge Pablo, Navarro Despaigne Daysi A., de la Noval García Reinaldo et al. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial\*. Rev cubana med [Internet]. 2017 dic; 56 (4): 242-321.
- Pillay J, Riva JJ, Tessier LA, Colquhoun H, Lang E, Moore AE, Thombs BD, Wilson BJ, Tzenov A, Donnelly C, Émond M, Holroyd-Leduc J, Milligan J, Keto-Lambert D, Rahman S, Vandermeer B, Tricco AC, Straus SE, Thomas SM, Mitchelmore BR, Rolland-Harris E, Hartling L. Fall prevention interventions for older community-dwelling adults: systematic reviews on benefits, harms, and patient values and preferences. Syst Rev. 2021 Jan 9;10(1):18. doi: 10.1186/s13643-020-01572-7. PMID: 33422103; PMCID: PMC7797084.
- Pocklington C, Gilbody S, Manea L et al. The diagnostic accuracy of brief versions of the Geriatric Depresión Scale: a systematic review and meta-analysis. Int J Geriatr Psychiatry. 2016 Aug;31(8):837-
- Recetas de uso prolongado podrán ser válidas hasta por doce meses. Telemetro reportaje. [https://search.app/?link=https%3A%2F%2Fwww.ama-assn.org%2Fpractice-management%2Fsustainability%2Fhow-does-extended-prescription-duration-help-your-patients-and&utm\\_campaign=aga&utm\\_source=agsadl1%2Cagsadl4%2Csh%2F%2F%2Fm2%2F4](https://search.app/?link=https%3A%2F%2Fwww.ama-assn.org%2Fpractice-management%2Fsustainability%2Fhow-does-extended-prescription-duration-help-your-patients-and&utm_campaign=aga&utm_source=agsadl1%2Cagsadl4%2Csh%2F%2F%2Fm2%2F4).
- Resolución No. 1401 de 21 de junio. (2023). Que aprueba el Reglamento Interno y de Funcionamiento de la Comisión Técnica Nacional para la Promoción del Envejecimiento Saludable. Recuperado el 7 de octubre de 2024, de gacetaoficial.gob.pa:
  - [https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/30126\\_A/107511.pdf](https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/30126_A/107511.pdf)
- Resolución No. 927-A de 21 de junio. (2018). Que Adopta y Aprueba la Norma Técnico Administrativa de los Programas de Adulto y Adulto Mayor, para su utilización en todas las Instalaciones del Sistema



- de Salud, que ofrezcan Atención Primaria de Salud en el País. Recuperado el 7 de octubre de 2024, de gacetaoficial.gob.pa: [https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/28573\\_A/68534.pdf](https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/28573_A/68534.pdf)
- Riley P, Worthington HV, Clarkson JE, Beirne PV. Recall intervals for oral health in primary care patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Dec 19;(12):CD004346. doi: 10.1002/14651858.CD004346.pub4. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Oct 14;10:CD004346. doi: 10.1002/14651858.CD004346.pub5. PMID: 24353242.
  - Robert Davidson, Visual Instructions Improve Drug Adherence, Safety for Older Patient, November 16, 2016, Geriatrics, by staff
  - Roter, D. La comunicación con las PAM's en el contexto médico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36(S3):16-17
  - Rodríguez, F., Salazar, M., Carrera, K. (2024). Manual para la Prevención y Atención de Caídas en Personas Adultas Mayores. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), México.
  - [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/929765/08\\_MANUAL\\_PARA\\_LA\\_PREVENCIO\\_N\\_Y\\_ATENCIO\\_N\\_DE\\_CAI\\_DAS\\_EN\\_PAMS\\_APA.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/929765/08_MANUAL_PARA_LA_PREVENCIO_N_Y_ATENCIO_N_DE_CAI_DAS_EN_PAMS_APA.pdf)
  - Ruscin Mark, Linnerbur Sunny. Farmacocinética en los ancianos. Manual Merck. 2021.
  - Sabri SA, Chavarria JC, Ackert-Bicknell C, Swanson C, Burger E. Osteoporosis: An Update on Screening, Diagnosis, Evaluation, and Treatment. *Orthopedics.* 2023 Jan-Feb;46(1):e20-e26. doi: 10.3928/01477447-20220719-03. Epub 2022 Jul 25. PMID: 35876780; PMCID: PMC10084730.
  - Siete J, Pomare C, Dodds L et al. A comprehensive overview of social network measures for older adults: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2021 Nov-Dec;97:104525.
  - Saavedra, Jennifer. Ley de la PAM. Aplicaciones e implicaciones. Panamá. 2017.
  - Tello, T., & Varela, L. (2016). Fragilidad en la PAM: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 199-201. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.199>
  - VanGameren M, Vooren PB, Bossen D et al. The short physical performance battery does not correlate with daily life gait quality and quantity in community-dwelling older adults with an increased fall risk. *Gait Posture.* 2024 Oct;114:78-83.
  - Velazco-Yanez, Romel Jonathan; Cajape-Quimis, Julio Cesar; Cunalema-Fernández, Jesus Alberto y Vargas-Aguilar, Germania Marivel. Significado del autocuidado en la PAM desde el modelo de promoción de salud. *Gerokomos.* 2022, vol.33, n.3, pp.145-149. Epub 31-Jul-2023. ISSN 1134-928X.
  - Victoria Delgado, Nina Ajmone Marsan, Suzanne de Waha, Nikolaos Bonaros et al, ESC Scientific Document Group, 2023 Directrices ESC para el tratamiento de la endocarditis: desarrolladas por el grupo de trabajo sobre el tratamiento de la endocarditis de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) Avalado por la Asociación Europea de Cirugía Cardiorádica (EACTS) y la Asociación Europea de Medicina Nuclear (EANM), *Revista Europea del Corazón*, Volumen 44, Número 39, 14 de octubre de 2023, Páginas 3948–4042. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193>
  - Wang LY, Hu ZY, Chen HX et al. Multiple geriatric syndromes in community-dwelling older adults in China. *Sci Rep.* 2024 Feb 12;14(1):3504.
  - Welch S, Ward R, Beauchamp M et al. The short physical performance battery (SPPB): A quick and useful tool for fall risk stratification among older primary care patients. *J Am Med Dir Assoc.* 2021 Aug;22(8):1646-1651.



- Wolf AMD, Oeffinger KC, Shih TY-C et al. Detección del cáncer de pulmón: actualización de las directrices de 2023 de la Sociedad Estadounidense del Cáncer. *CA Cancer J Clin.* 2024; 74 (1): 50 - 81. doi: 10.3322/caac.21811
- Zhang S, Mak LY, Yuen MF, Seto WK. Screening strategy for non-alcoholic fatty liver disease. *Clin Mol Hepatol.* 2023 Feb;29(Suppl): S103-S122. doi: 10.3350/cmh.2022.0336. Epub 2022 Nov 30. PMID: 36447420; PMCID: PMC10029948.
- Ellis, G., Whitehead, M. A., O'Neill, D., Langhorne, P., & Robinson, D. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: Meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ*, 343, d6553.
- American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. (2023). AGS 2023 Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(4), 205–248. <https://doi.org/10.1111/jgs.18285>
- O'Mahony, D. et al. (2023). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 3. *Age and Ageing*, 52(1), afac282.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Medication Safety in Polypharmacy: Technical Report. Ginebra: OMS.
- Studenski, S., et al. (2011). Gait speed and survival in older adults. *JAMA*, 305(1), 50–58. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1923>
- World Health Organization. (2020). Integrated care for older people (ICOPE): Implementation guide. Ginebra: OMS.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). STEADI: Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries Program. Atlanta: CDC.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., et al. (1963). Studies of illness in the aged: The Index of ADL. *JAMA*, 185, 914–919.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179–186.
- World Health Organization. (2019). Integrated Care for Older People (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Guía para la implementación del modelo de atención integrada de salud centrado en las personas mayores (ICOPE). Washington, D.C.: OPS.
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Washington, D.C.: OEA.
- Bowling, A., & Stafford, M. (2007). How do objective and subjective assessments of neighbourhood influence social and physical functioning in older age? *British Journal of Social Work*, 37(7), 1179–1199.
- Burnes, D., et al. (2019). Elder abuse severity: A critical concept for interventions and policy. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 31(6), 423–443.



# FE DE ERRATA

**28 de abril de 2026**  
**RESOLUCIÓN No.58,610-2026-J.D.**



La Junta Directiva de la Caja de Seguro Social, en uso de sus facultades legales y reglamentarias, y;

## CONSIDERANDO:

Que el 23 de abril de 2026, en la Gaceta Oficial No.30510, fue publicada la Resolución No.58,568-2026-J.D. de 14 de abril de 2026, mediante la cual el Pleno de la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social aprobó el Reglamento Interno de Personal;

Que por medio de nota DENRH-N-215-2025 de 27 de abril de 2026, el Director General de la Caja de Seguro Social, somete a consideración del Pleno de Junta Directiva la fe de erratas del Cuadro de Aplicación de Sanciones;

Que en el Cuadro de Aplicación de Sanciones que es parte integral del Reglamento Interno de Personal, se advirtió un error material en la numeración de los numerales, específicamente, luego del numeral 20, la secuencia numérica fue reiniciada de manera involuntaria en el numeral 1, debido a un error de formato al momento de la edición del documento, cuando correspondía mantener la numeración correlativa sucesiva;

Que adicionalmente, en los numerales 2 y 45, se deben corregir los concordantes, en el numeral 3, se sustituye el verbo consignado originalmente por el término correcto, a fin de mantener la debida concordancia gramatical del texto y en el numeral 22, se efectúa la corrección gramatical correspondiente para mejorar la redacción y claridad de la disposición;

Que la presente fe de erratas se emite para los fines de aclaración, corrección administrativa y debida aplicación del documento;

Que en mérito de las consideraciones expuestas;

## RESUELVE:

**CORREGIR** la Resolución No.58,568-2026-J.D. de 14 de abril de 2026, en razón de los errores involuntarios del Cuadro de Aplicación de Sanciones que es parte integral del Reglamento Interno de Personal, a saber:

1. Que la numeración sea de corrido del numeral 1 hasta el 75.
2. Que el concordante del numeral 2 es el artículo 11.
3. Que el verbo del numeral rector en el numeral 3 es marcar injustificadamente el Registro de Asistencia y Salida, al comenzar y al terminar la jornada de trabajo, así como el período para descansar o ingerir alimentos.
4. Corregir la palabra "numerales" en los concordantes del numeral 22.
5. Que los concordantes del numeral 45 son 22 y 23.

**FUNDAMENTO DE DERECHO:** Artículos 8, 32 numeral 3, y artículo 45 numeral 8 del Texto Único de la Ley 51 de 2005, Orgánica de la Caja de Seguro Social

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,**

**LICDO. RICARDO SOTELO GUEDES**  
 Presidente de la Junta Directiva

DMV/RV

**MGTER. MARISELA BERNAL C.**  
 Secretaria de la Junta Directiva

