

POLICLÍNICO DOCENTE
“BELKIS SOTOMAYOR ÁLVAREZ”
CIEGO DE ÁVILA.

Evaluación del subprograma comunitario de atención al adulto mayor del
Policlínico Docente “Belkis Sotomayor Álvarez” de Ciego de Ávila

Autora: Dra. Dayannis Fernández Dorta

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de
Medicina General Integral.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina General Integral

Tutora: Dra. Joanne Purón Prieto.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor asistente.

Ciego de Ávila
2021

POLICLÍNICO DOCENTE
“BELKIS SOTOMAYOR ÁLVAREZ”
CIEGO DE ÁVILA.

Evaluación del subprograma comunitario de atención al adulto mayor del
Policlínico Docente "Belkis Sotomayor Álvarez" de Ciego de Ávila

Autor: Dra. Dayannis Fernández Dorta.

Aspirante a especialista en Primer Grado en Medicina
General Integral

Tutora: Dra. Joanne Purón Prieto.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.
Profesor asistente.

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de
Medicina General Integral.

Ciego de Ávila
2021

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo investigación en
sistemas y servicios de salud con el propósito de evaluar el subprograma

comunitario de atención al adulto mayor en el Policlínico Belkis Sotomayor en Ciego de Ávila, en el período de enero 2019 a abril 2021. El universo de estudio está compuesto por 5361 adultos mayores pertenecientes a los dos GBT. Se trabajó en frecuencias absolutas y porcentos. Predominaron deficiencias de recursos humanos principalmente en categorías de clínicos, psiquiatras y geriatras. El aspecto material más crítico resultó en los consultorios con stock de medicamentos incompletos, el cual fue además la principal dificultad para la promoción de cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud. En casi todas las acciones de prevención para retardar la aparición de enfermedades y discapacidades, se presentó un balance positivo de las tasas de un año a otro, pero dicho aumento resultó no aceptable. Un gran porcentaje de acciones para la atención integral y escalonada, resultaron con evaluación regular y mala en las actividades de proceso de atención específicos, examen general de cáncer y examen específico de cáncer, lo mismo ocurrió con las acciones de rehabilitación de los adultos mayores respecto a remisión al EMAG y seguimiento. La participación comunitaria es deficiente, no existen grupos de autoayuda y el gabinete gerontológico presenta dificultades. La formación y capacitación de los recursos humanos especializados es inaceptable y hay severas deficiencias en el enfoque investigativo de aspectos de salud relacionados al tema del adulto mayor.

Palabras clave: Salud Pública Cubana, Adulto Mayor, Calidad De Vida.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
Introducción	1
□ Objetivos	6
□ Marcoteórico	7
□ Metodología	16
□ Análisis y discusión de los resultados	23
□ Conclusiones	37
□ Referencias	
bibliográficas	38

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial que representa un desafío para los gobiernos y los sistemas de salud, en particular de los países en desarrollo, por el incremento acelerado de las personas de 60 años y más, así como por la falta de preparación para enfrentar el fenómeno. El envejecimiento es un proceso natural en la vida que conlleva deterioro anatómico-fisiológico paulatino y progresivo, que se manifiesta por la disminución de la vitalidad, aumento de la fragilidad y vulnerabilidad del adulto mayor a factores ambientales y psicosociales. Esto hace que sea común vincular al adulto mayor con la enfermedad, aunque no siempre están ligados ¹.

Este fenómeno es hoy considerado como una alarma de alcance mundial; basta decir, que en 1950 había alrededor de 400 millones de personas de 60 años o más, cifra que aumentó en 1975 a 500 millones y en el año 2000 a 700 millones, indicando las proyecciones demográficas de las Naciones Unidas para el año 2025 un incremento de 1200 millones de personas de esta edad, lo cual significa un aumento de 224 % con respecto a 1975 ².

A la vista del creciente número de personas mayores en la sociedad, originada por una mayor esperanza de vida y por el descenso de la natalidad en los países más avanzados, ha cambiado la relación entre las distintas generaciones y la comprensión de sus respectivos roles. Abordar la problemática del envejecimiento como proceso demanda conocer el rol del anciano dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud ³.

La coexistencia de trastornos psiquiátricos, afectivos, cognoscitivos y conductuales puede alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia a lo que muchas veces no se le da la importancia que requiere y con frecuencia la depresión en el adulto mayor no suele ser detectada, al considerarla propia del envejecimiento y no como un estado patológico que ocasiona sufrimiento, discapacidad, disfuncionalidad,

mayor morbilidad y mortalidad. Al considerarse que son un grupo vulnerable en el que las enfermedades crónicas asociadas, la disfuncionalidad familiar, el abandono, el uso de medicamentos los predisponen a estados depresivos que pueden llegar a ser profundos y preocupantes, como médicos de familia detectarla a tiempo y actuar oportunamente para evitar las posibles consecuencias es una prioridad. ⁴⁻⁶.

Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos. La magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con que se ha transformado nuestra pirámide poblacional constituyen una preocupación en los años futuros. Cuba considera que esta preocupación es una necesidad a escala mundial, la cual requiere de una acción cooperativa y solidaria que, trazando políticas y estrategias nacionales e internacionales tiendan a materializar en forma afectiva dicha ayuda ⁷.

A partir del año 1959, se comenzó un trabajo muy serio desde el punto de vista social, legislativo, como de asistencia médica, que garantizará la salud y la asistencia social para los adultos mayores y el disfrute de una vejez con óptima calidad de vida, así comenzaron a efectuarse cambios radicales en la atención médica y social de toda la población en Cuba. En 1978 aparece el primer programa de atención al anciano conocido por "Modelo de Atención Comunitaria" ².

En la década de los 80, al ponerse en vigor la Ley 24 de Seguridad Social se amplían los servicios de Geriátría del Sistema Nacional de Salud en hospitales y áreas de salud comunitarias, toma un papel importante el médico y la enfermera de la familia, surgen movimientos como los círculos y las casas de abuelos, que demuestran la importancia priorizada y creciente que muestra el Estado a la tercera edad ^{8,9}.

En 1987 comienzan a surgir diferentes servicios de Geriátría muy especializados, con profesionales de alto nivel científico y con recursos de la más alta tecnología, con el propósito de brindar asistencia médica cualitativamente mejor y con un alcance cuantitativo poco despreciable. Ejemplos de ello son el Hospital Clínico-quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", el CIMEQ y otros ¹⁰.

Dado que el envejecimiento de la población es un fenómeno progresivo e irreversible los programas y servicios existentes no cubrían las necesidades de las personas de 60 años y más, por lo que en 1997 sale como propuesta el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, que tiene como propósito producir un cambio en la calidad de vida del anciano

cubano actual y de preparar y probar nuevas estrategias que permitan enfrentar los cambios demográficos futuros donde se pone de manifiesto el carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba ^{11,12}.

La clave del éxito del Subprograma de atención comunitaria al adulto mayor radica en el trabajo multidisciplinario e intersectorial ¹³.

En Cuba, según estudios, 81% de los ancianos toman medicamentos y de ellos dos terceras partes ingieren más de un fármaco habitualmente, cifra que aumenta con la edad, y hasta 30 % de las personas mayores de 75 años toma más de tres fármacos. La farmacoterapia en la tercera edad abre un gran capítulo en la medicina moderna, constituyendo la polifarmacia o polifarmacoterapia uno de los llamados problemas capitales de la geriatría, pues es una de las situaciones más frecuentes, con suficientes implicaciones relacionadas con la morbilidad y la mortalidad en el anciano ¹⁴.

En el intento de encontrar términos con los cuales identificar la disminución de la capacidad funcional inherente al adulto mayor y por tanto el aumento de su dependencia del medio, surgen los conceptos de "fragilidad" y "anciano frágil". Se ha comprobado que la detección precoz de la fragilidad y el empleo oportuno de técnicas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras pueden modificar positivamente la expresión esperada de la discapacidad en el anciano, por lo que intervenir en este sentido tiene implicaciones tanto en el plano social como en la calidad de vida del adulto mayor ¹⁵.

La condición de fragilidad coloca al adulto mayor en una situación de riesgo de desarrollar, empeorar o perpetuar efectos adversos para su salud, debido a la disminución de su reserva fisiológica, todo lo cual se relaciona con mayor riesgo de evolucionar hacia la discapacidad y la dependencia, y en última instancia, hacia la muerte. Lo que sí parece evidente es que el concepto se refiere a una condición no estática. Es posible que cualquier adulto mayor no permanezca igual de frágil o de vigoroso por largos períodos de tiempo y, por otra parte, no todos los adultos mayores son frágiles en la misma medida ^{16,17}.

Entre las definiciones de fragilidad encontradas se encuentra la de Buchner que la considera "el estado en que la reserva fisiológica está disminuida, llevando asociado un riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad". Por su parte Brocklerhurst defiende la idea de que se trata de un "equilibrio precario, entre

diferentes componentes, biomédicos y psicosociales, que condicionarán el riesgo de institucionalización o muerte". Campbell y Buchner la entendieron como sinónimo de inestabilidad, de mayor probabilidad o riesgo de cambiar de «status», de caer en dependencia o de incrementarla, mientras que Fried LP considera a los ancianos frágiles como un subgrupo de alto riesgo, susceptible de un control sociosanitario riguroso sobre los que instaurar políticas curativas y preventivas específicas. La Organización Panamericana de la Salud ha definido como adultos mayores frágiles a los que padecen o están en riesgo de presentar los llamados "Gigantes de la Geriátrica" o las Cinco "I": Inmovilidad, Inestabilidad, Incontinencia, Deterioro Intelectual y la Iatrogenia ^{18,19}.

Entre los programas priorizados del Sistema Nacional de Salud cubano se encuentra el de Atención Integral al adulto mayor, específicamente el subprograma de atención comunitaria es pilar esencial para la atención efectiva y de excelencia a este grupo etario que concibe la realización del diagnóstico de fragilidad como parte del proceso de evaluación integral al adulto mayor, se basa en la aplicación de la Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) a partir de la cual se han establecido los criterios cubanos de fragilidad además de su atención integral y las investigaciones con esta temática ²⁰.

En los últimos años ha existido una tendencia al incremento de la población de adultos mayores, que ha llevado a Cuba a tomar estrategias tanto sociales como económicas para enfrentar esta situación ²¹.

Sin embargo, se desconoce en Ciego de Ávila y específicamente en el área de salud del Policlínico Docente Belkis Sotomayor cual es la calidad de la atención a los adultos mayores, partiendo que existe un aumento del envejecimiento poblacional, al cierre del 2018 que representa el 20% de la población ²².

Problema Científico: ¿Se cumplen los protocolos del subprograma comunitario de atención al adulto mayor en el Policlínico Docente Belkis Sotomayor?

O B J E T I V O S :

O b j e t i v o G e n e r a l: Evaluar el subprograma comunitario de atención al adulto mayor del Policlínico Docente “Belkis Sotomayor Álvarez” en Ciego de Ávila.

O b j e t i v o s e s p e c í f i c o s :

1. Distribuir los adultos mayores según variables sociodemográficas de edad y sexo.

2. Evaluar en el componente estructura según:

- Recursos humanos
- Recursos materiales

3. Evaluar el cumplimiento de los protocolos para el componente proceso según:

- Promoción de cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.
- Acciones de prevención para retardar la aparición de enfermedades y de las discapacidades a que éstas pudieran conllevar en su evolución.
- Atención integral, escalonada, oportuna y eficaz a este grupo de edad.
- Rehabilitación de los adultos mayores a través de la rehabilitación de base comunitaria.
- Participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del adulto mayor.
- Desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos especializados y los propios de la comunidad, que garanticen la calidad de las vías no formales de atención y la integración activa de estas a la comunidad.
- Desarrollar investigaciones que identifiquen morbilidad, mortalidad, letalidad, discapacidades, intervenciones comunitarias y otras unidades.

MARCO TEÓRICO

Durante el pasado siglo XX, en la mayoría de los países desarrollados se produjo una revolucionaria transformación de la longevidad poblacional. En este periodo, la esperanza de vida al nacimiento prácticamente se duplicó, ganándose cerca de treinta años más de vida por persona, lo que ha provocado que el envejecimiento general de las poblaciones sea en la actualidad una realidad palpable. Envejecer se considera hoy un privilegio y un importante logro social, pero también constituye un trascendente reto para el siglo XXI, porque el impacto del cada vez más elevado número de personas ancianas, conllevará consecuencias todavía imprevisibles ²³.

Es evidente que las personas envejecemos de manera individual, pero también lo es que las sociedades envejecen en la medida que lo hacen sus miembros, y por ello, al hablar del envejecimiento desde una perspectiva social, resulta inevitable hacer referencia al concepto de ciclo vital. Envejecemos tal y como hemos vivido, y nuestra trayectoria biográfica culmina con el proceso de la muerte que, si todo se desarrolla conforme a la normalidad establecida, llegará tras un periodo más o menos largo de vejez y de enfermedad o dependencia. Al analizar el envejecimiento de esta manera, podemos entender la vejez como un estado: 'ser viejo', pero sobre todo como un proceso: 'envejecer', 'hacerse mayor' o 'hacerse viejo'. Por ello, el envejecimiento no puede ser analizado de manera uniforme, sino como un proceso dinámico y heterogéneo, y tampoco puede ser interpretado en términos individuales, sino en su dimensión histórica y social ²³.

Los cambios acaecidos al amparo de la actual sociedad postindustrial, al igual que cada cultura, cada época y cada momento histórico, también han influido en la conformación de sus propios patrones de envejecimiento, configurando modelos de vejez particulares y propios, caracterizados hoy por la intersección producida entre los cambios sociales más significativos del pasado siglo y las importantes transformaciones sociales y demográficas del presente ²³.

El Estado del Bienestar, entendido como el conjunto de instituciones estatales proveedoras de políticas sociales, dirigidas a la mejora de las condiciones de vida, a facilitar la integración de clases y grupos sociales, nivelando e igualando, aunque no homogeneizando, sus recursos materiales, es una aportación europea que viene a

culminar el marco de lo que se considera el triple contenido del concepto moderno de ciudadanía ²³.

Estas aportaciones, vienen a suponer los elementos más determinantes en la evolución desde la primera sociedad industrial hacia los modelos actuales de la sociedad postindustrial. Pero estos cambios, lejos de concluir el proceso de evolución social, son la base de toda una serie de transformaciones secundarias, que están generando modificaciones profundas en nuestra estructura social y nuevas necesidades de protección, a las que los poderes públicos deben responder con agilidad para que desde los comienzos de este siglo XXI, se pueda garantizar un envejecimiento de calidad ²³.

El paso de la sociedad industrial a la sociedad postindustrial, se ha caracterizado por múltiples cambios en lo económico (con el postfordismo y las políticas neoliberales), lo cultural (con la "globalización") y lo tecnológico (con la emergencia de las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación). Cambios tan íntimamente relacionados que inciden, necesariamente, en la vida de cada individuo y en sus relaciones con el entorno laboral, social, cotidiano y familiar. Todo ello genera una gran variedad de nuevas situaciones y modos de afrontar el desarrollo de las actividades de los ciudadanos, consecuencia de la propia dinámica del cambio social, que hace aflorar necesidades desconocidas, o cuanto menos poco frecuentes, hasta hoy ²⁴.

La población adulta mayor ha mostrado en la última década un crecimiento demográfico en el ámbito global relacionado con el desarrollo científico tecnológico que ha impactado en la disminución de la mortalidad a temprana edad y en el incremento de la expectativa de vida. Diversos organismos internacionales como la Organización de los Estados Americanos (OEA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) ^{23,24}.

Según cifras de la OMS en el 2018 había 125 millones de personas de 80 años a más a nivel mundial y estimaron que para el año 2050 el número de personas mayores de 60 años a más sería de 2000 millones, correspondiendo 80% a países de ingresos bajos y medianos. Esta transición demográfica requiere la creación de políticas públicas que contemplen mejoras en el ámbito económico, social y de salud, para garantizar una atención de acuerdo a las necesidades de su contexto sociocultural ²³⁻²⁶.

La vejez, sino un divino tesoro, sí es un apreciable don que en la actualidad disfrutaban unos 600 millones de personas mayores de 60 años en el planeta. El fenómeno no solo

refleja las tasas más altas de poblaciones de la tercera edad en la historia de la humanidad, sino que la tendencia en el presente siglo es hacia el aumento de los ancianos, incluso en los países subdesarrollados ^{25,26}.

Desde el punto de vista demográfico, el envejecimiento de las poblaciones viene provocado por el establecimiento de una disminución progresiva del movimiento natural de la población, es decir, porque nace poca gente, pero muere también poca gente. Este avance en el proceso envejecedor se ha caracterizado básicamente por la doble dinámica que provoca la caída de la fecundidad (con el cambio desde los índices pretransicionales del antiguo modelo demográfico al actual), y el constante aumento de la esperanza de vida, como consecuencia de la significativa reducción de la mortalidad. Se puede afirmar, además, que la emigración ha sido el tercer factor determinante del fenómeno, aunque éste sea de carácter secundario y parcial, pues ni se da en todos los países, ni tiene en todos ellos las mismas consecuencias ^{25,26}.

El envejecimiento como parte del desarrollo del ser humano conlleva a una gran diversidad de cambios físicos, psicológicos y sociales que afectan la capacidad funcional del adulto mayor y la interacción que existe con su entorno, estos cambios no son lineales ni uniformes por la individualidad con que se vive este proceso. Los contextos socioculturales varían la connotación que se tiene del envejecimiento, generando estereotipos que influyen de forma negativa en cómo uno concibe esta etapa llegando a ser difícil de sobrellevar para un adulto mayor ²⁴.

La salud durante el envejecimiento resulta más dinámica, compleja, por la presencia de multimorbilidades, padecimiento de enfermedades crónicas, y síndromes geriátricos cuyas repercusiones terminan manifestándose en las capacidades físicas, mentales, y en la funcionalidad del adulto mayor. En la evaluación de la funcionalidad, la interacción con el entorno resulta importante por las características individuales que presenta y que influyen en la salud, desde "[...] políticas generales, situación económica, actitudes y normas de la comunidad, características físicas de los entornos naturales y construidos, redes sociales e incluso dispositivos con los que se pueda contar [...]" al igual que la resiliencia que pueden mostrar los adultos mayores frente a estos cambios ^{23,27}.

El envejecimiento puede ser de tres tipos: normal, patológico y exitoso (saludable). El envejecimiento normal se relaciona a un estado positivo, sin enfermedad que se

caracteriza por un deterioro en los procesos biopsicosociales resultante de la edad y que se dan de forma lenta, continua, y gradual. El envejecimiento patológico, tiene una relación estrecha con la presencia de enfermedades, las complicaciones que derivan de ellas y conllevan a procesos de hospitalizaciones frecuentes e incluso permanentes, estos cambios se experimentan de manera abrupta, rápida y acelerada. Por último, el envejecimiento exitoso, activo o saludable, que se va a abordar en este estudio, teniendo como base la definición conceptual de la OMS para considerar el envejecimiento saludable en un sentido más amplio y que no sólo se relacione a estados positivos, ni a la ausencia de enfermedades, sino más bien que ésta implique el curso de la vida y una perspectiva funcional ^{23,24,27}.

El modelo envejecimiento saludable orienta las políticas públicas dirigidas al desarrollo del adulto mayor y definen el envejecimiento saludable como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” y para el que se debe tener claro tres conceptos: “La capacidad funcional, comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella, se compone de la capacidad intrínseca, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características”. Esta capacidad permite al individuo satisfacer sus necesidades básicas ²⁴.

La capacidad intrínseca, es el conjunto de las capacidades físicas y mentales con las que cuenta un individuo, pudiendo verse afectada por comorbilidades que se presenten durante el proceso del envejecimiento. Por último, el entorno en interacción con la capacidad funcional y la capacidad intrínseca influyen en las condiciones en las que llega el adulto mayor a vivir su envejecimiento ^{24,28}.

Un envejecimiento saludable además de influir en la calidad de vida de la persona es un concepto complejo y multidimensional; la calidad de vida es un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual e intelectual que le permite satisfacer sus necesidades individuales y colectivas que se ve influenciada por diversos factores como la vivienda, acceso a servicios públicos, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social. Así también, la calidad de vida ha sido relacionada con la satisfacción, felicidad y bienestar; lo que puede ser evaluada de forma subjetiva (percepción del individuo) y de manera objetiva (lo que rodea a la persona) ^{23,29}.

Por otro lado, Robles señala que la calidad de vida está conformada por dos componentes: la primera, la capacidad de realizar las actividades de la vida cotidiana y el segundo, la satisfacción con el nivel del funcionamiento. Conforme las personas envejecen la calidad de vida es menor y depende principalmente de la capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana, ya que la independencia de los adultos mayores se relaciona con la reducción de la mortalidad, siendo la funcionalidad el mejor indicador de salud, y que para retrasar la dependencia los adultos mayores deben realizar actividades físicas y psicosociales ^{30,31}.

El bienestar en la vejez no solo se ve afectada por los genes y las características personales (el lugar de nacimiento, el sexo, el origen étnico, etc.) sino por los factores externos que rodea a la persona, por lo que el papel del entorno es imprescindible en la capacidad física y mental. La calidad de vida y la edad se correlacionan de forma positiva con la espiritualidad; ésta es de carácter intrínseca y cumple un rol protector en el entendimiento del propósito de la vida, porque no solo es creer en Dios o en un ser superior, sino que también los valores y creencias forman parte del sujeto ^{23,32,33}.

Se ha asumido el concepto de calidad de vida de la OMS siendo esta "la percepción que tiene la persona en el contexto en la que vive y percibe su posición de la vida, basado en su cultura, normas, valores y creencias en relación con sus objetivos e intereses" ²³. Para el cual el modelo envejecimiento saludable resulta prometedor y ayudaría a pasar de una atención clínica centrada en la enfermedad a un paradigma centrado en las capacidades funcionales de la persona ³⁴.

Uno de los retos en el ámbito de la salud es asegurar la atención integral del adulto mayor con un enfoque multidisciplinario especializado por la complejidad de las necesidades en esta etapa. El actuar de Enfermería radica en ayudar a generar mecanismos de afrontamiento y adaptación frente a los cambios del proceso de envejecimiento, fomentando el autocuidado del adulto mayor y fortaleciendo la capacidad funcional e intrínseca. La esencia de enfermería es el cuidado humanizado, que consiste, en ver a la persona como un ser holístico e integral, teniendo en cuenta los componentes del cuerpo, la mente y el espíritu, siendo primordial la inclusión de la familia en el proceso de cuidado para mejorar la percepción de la calidad de vida ^{24,35}.

Al respecto, Ramos refiere que “la necesidad de hacer frente al aumento acelerado de este grupo etario ha llegado a las respuestas prácticas más no al desarrollo teórico” por lo que determinar la calidad de vida de los adultos mayores es beneficioso como información teórica local para los profesionales de Enfermería y otros quienes se centran en el estudio de la calidad de vida considerando la capacidad intrínseca y funcional. Así mismo, puede ser usada para orientar la programación de actividades en este tipo de centros y consolidar la integración de profesionales que brinden atención en las áreas que se encuentren comprometidas ³⁵.

El siglo XXI parece destinado a ser un siglo de poblaciones con tendencia a envejecer y de sociedades en cuya estructura se consolidará la abundante presencia de personas mayores. La mayoría de científicos sociales coinciden en señalar como uno de los fenómenos más interesantes de la actualidad, al progresivo y generalizado envejecimiento de la población en los países desarrollados. Resulta especialmente llamativo el escenario establecido, sin precedentes en la historia, por sociedades en las que sobreabundan los ciudadanos de edad avanzada en relación a los niños y los jóvenes, que tienden a escasear cada vez más. Esta imagen de sociedades envejecidas surge tras la simple mirada a un parque, a las colas de las paradas del autobús o a las listas de espera de los hospitales, donde resulta evidente la abundancia de personas mayores en países industrializados ^{33,34}.

Aunque con matices y diferencias en cuanto al proceso de instauración y a la velocidad de los cambios, este proceso es también palpable en muchos países menos desarrollados, como en el caso de Cuba, que pese a ser un país con una economía pobre y en vías de desarrollo, ha aumentado el número de personas mayores y muestra en la actualidad una de las demografías más envejecidas de toda América Latina (la mayor de Centroamérica) ^{36,37}.

En América Latina y el Caribe el proceso de envejecimiento ha situado a Cuba (19,8 % de personas de 60 y más años) en segundo lugar después de Uruguay seguida por Argentina y se prevé que en pocos años serán Cuba y Barbados los más envejecidos en esta región; sin embargo, se vaticina que para el 2025 será Cuba el más envejecido de todos, con más de un 26 % de su población con 60 años y más ^{36,37}.

En Cuba ya el 14,6 % de la población tiene 60 años o más. Mientras que la esperanza de vida al nacer es de más de 75 años, a los 60 años es más de 20, y a los 80 es más de 7 años. Para el año 2015 habrá por primera vez más adultos mayores que niños, y ya en el 2025, 1 de cada 4 cubanos, será una persona de 60 años de edad ³⁸.

El aumento de la longevidad determina que la mayor parte de los países desarrollados, y algunos como Cuba, en vías de desarrollo, exhiban una expectativa de vida al nacer superior a los 60 años, mientras se incrementa una tendencia decreciente a la fecundidad, lo cual ha variado en forma notable la pirámide poblacional en el planeta. Los importantes avances sociales, técnicos y científicos han permitido en un futuro cercano (año 2025) una población de más de 1 000 millones de personas de 60 años, y también, que, por primera vez en la historia de muchos países, los ancianos sean más numerosos que los jóvenes ^{36,37}.

En el contexto de los países en desarrollo, Cuba ha tenido un comportamiento prácticamente único, caracterizado por una transición demográfica muy avanzada, con un crecimiento poblacional muy bajo o nulo, índices de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (menos de 2 hijos en promedio por mujer), baja mortalidad infantil, elevada esperanza de vida, y un saldo negativo de la migración externa. Esta combinación de factores ha dado lugar a un acelerado proceso de envejecimiento ^{36,37}.

El envejecimiento poblacional repercute en todas las esferas de la vida, no solo en la económica, derivada de la limitada disponibilidad de fuerza laboral para la reproducción de bienes y servicios, sino tiene una influencia sensible sobre los procesos de morbilidad y mortalidad, con un incremento de las enfermedades no transmisibles y degenerativas, lo cual plantea requerimientos diferentes en las estrategias a implementar en los servicios de salud y en cada nivel de atención ^{36,37}.

Los escenarios y actores que intervienen en todos los niveles del Estado y la Sociedad cubana para conciliar las estrategias a desarrollar para el enfrentamiento de una sociedad envejecida, tiene una repercusión importante en el volumen y calidad de los servicios de salud que se brinden a las personas de la tercera y cuarta edad, por lo que constituye un reto para el sector salud, responsable de promover y ejecutar acciones que contribuyan a prevenir enfermedades y discapacidades, mediante una atención de calidad que permita tener personas mayores con mayor validez y salud ^{36,37}.

El modelo de salud cubano considera como su escenario fundamental a la atención primaria de salud (APS), ya que es donde se ejecutan el 80 % o más de las actividades de los programas de salud, lo que representa la vía ideal para agrupar integralmente las acciones de salud, dirigidas a alcanzar los propósitos y objetivos preestablecidos, con el ahorro de esfuerzos, el incremento de la eficiencia e integración de todos los factores^{39,40}.

Entre los propósitos del Sistema de Salud Cubano está incrementar los niveles de salud, la calidad de los servicios, y la satisfacción de la población y de los prestadores, convirtiéndose así en un componente del desarrollo social y en un instrumento de justicia social. La calidad de la atención en salud influye en la calidad de vida de los adultos mayores, es por esto necesario evaluarla, pero para ello un reto es considerar la conceptualización de qué se considera como calidad de la atención en los servicios de salud. En los últimos años, coloca la "evaluación de los procesos de atención y de prestación de los servicios en salud en el factor determinante de la garantía de calidad y su sostenibilidad"⁴¹.

La utilización de la evaluación en el marco de un programa de gestión de calidad es parte de una estrategia que persigue el mejoramiento progresivo del servicio y donde las evaluaciones son seguidas de medidas correctoras y reevaluaciones sucesivas. Este criterio que se ajusta a los propósitos del perfeccionamiento del Sistema de Salud Cubano que recogen los Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución en particular en lo relativo a la atención al adulto mayor en el nivel primario de salud, justifica el desarrollo de evaluaciones para este fin⁴².

El desafío es poder evaluar este proceso en su conjunto de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas⁴².

M E T O D O L O G Í A

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS) con el propósito de evaluar el subprograma comunitario de atención al adulto mayor en el Policlínico Docente "Belkis Sotomayor Álvarez" en Ciego de Ávila, en el período comprendido de enero 2019 a abril 2021.

U n i v e r s o y m u e s t r a

El universo de estudio quedó compuesto por 5361 adultos mayores pertenecientes de los dos GBT, del área en estudio, durante el periodo de estudio enmarcado anteriormente. La selección de la muestra se realizó a través de muestreo no probabilístico de tipo intencional, con proporciones adecuadas a los tamaños de los consultorios. Para cada GBT se seleccionaron 5 consultorios (10 en total) y en cada uno de ellos se escogieron 10 historias clínicas para un total de 100 pacientes, además participaron 25 enfermeras y 24 médicos laborando en los dos GBT del área de estudio.

C r i t e r i o s d e i n c l u s i ó n :

1. Personal de salud que den su consentimiento a participar en el estudio (ver anexo I).

M é t o d o s

Las variables de interés fueron seleccionadas a través del Sub-Programa de Atención Comunitaria al Adulto Mayor (ver anexo II) de la Dirección Nacional Asistencia Social del MINSAP en Cuba. El principal propósito de este programa es contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor, mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud Pública en coordinación con otros organismos y organizaciones del estado involucrados en esta atención, teniendo como protagonistas a la familia, comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.

Se procedió a la ejecución del diseño trazado con anterioridad para la investigación y se comenzó con la explicación por parte del investigador a todo su equipo de la importancia del estudio, el consentimiento del Director del Policlínico Docente "Belkis Sotomayor Álvarez", así como la firma del consentimiento a participar en dicho estudio al personal de salud afín al área de estudio.

Posteriormente se procedió a llenar las planillas de recolección de datos (ver anexo III) que permitió obtener los mismos sobre los componentes estructura (recursos humanos, recursos materiales, promoción de cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud, y acciones de prevención para retardar la aparición de enfermedades y de las discapacidades a que éstas pudieran conllevar en su evolución), estos se extrajeron de las historias clínicas individuales y familiares, estadística del departamento de rehabilitación del área de salud y del departamento docente de la unidad de salud.

Como fuente de recogida de datos se utilizó el formulario "Evaluación de la calidad del proceso de atención médica al adulto mayor en el Consultorio del Médico y Enfermera de la Familia" (ver anexo IV), aplicado a las 100 historias clínicas seleccionadas. El mismo fue validado a través de la investigación realizada por la Escuela Nacional de Salud Pública para la evaluación de las transformaciones en el sector. Que permitió obtener información sobre los componentes estructura (Atención integral, escalonada, oportuna y eficaz a este grupo de edad, y Rehabilitación de los adultos mayores a través de la rehabilitación de base comunitaria), que constituyen aspectos claves del proceso de atención al adulto mayor en el consultorio, cuya valoración fue expresada en una escala cualitativa ordinal con las categorías: bueno, regular y malo. Como estándar se consideró el 80 % o más de respuestas consignadas en la categoría bueno.

La evaluación sobre los componentes estructura (Participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del adulto mayor, Actividades de superación como talleres, entrenamientos, así como investigaciones realizadas en el Área de Salud sobre esta temática, y Desarrollar investigaciones que identifiquen morbilidad, mortalidad, letalidad, discapacidades, intervenciones comunitarias y otras unidades), se utilizó una encuesta (ver anexo V), cuya valoración fue expresada en una escala cualitativa ordinal con las categorías realizado o no. En el área se pudo evaluar el 100 % de los médicos y enfermeras previsto y se aplicó un cuestionario para explorar el conocimiento sobre la atención en el anciano, con un valor de 100 puntos, la calificación ideal sería más de 70 puntos (ver anexo VI).

Técnica de recolección de la información

La Entrevista: Es un método de recogida de información cara a cara que permitió obtener los mismos sobre los componentes estructura en el área de salud en estudio.

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

En correspondencia al problema de investigación que se pretende generalizar, a continuación, se estructuró la presente investigación desde una perspectiva cualitativa. Se procesaron estadísticamente los datos obtenidos buscando dar salida a los objetivos propuestos.

Operacionalización de variables

V a r i a b l e s	T i p o	E s c a l a	D e s c r i p c i ó n	I n d i c a d o r e s
Recursos humanos	Cualitativa nominal dicotómica	Existe No existe	EBS completo y debidamente entrenado con alto nivel científico y presencia de un G B T completo (m e d i c i n a interna , psicólogo , estadística , geriatra , trabajador social) EBS con ausencia de uno de sus dos integrantes, G B T con ausencia de unos de sus integrantes así como entrenamiento deficiente en la temática .	Número y por ciento según grupos de edades
Recursos M a t e r i a l e s	Cualitativa nominal dicotómica	Existe No existe	C M F con una estructura que permita la atención de excelencia al adulto mayor Consultorios que estructuralment e no permitan realizar las evaluaciones a los adultos mayores .	Número y por ciento según grupos de edades

Promoción de cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud	Cualitativa nominal	Aceptable No aceptable	Si esta dispensarizado y aparecen Grupos de orientación de estilos de vida saludables en la comunidad. G B T que no esté completo los centros y Grupos de orientación de estilos de vida saludables en la comunidad	Número y por ciento según grupos de edades
Acciones de prevención para retardar la aparición de enfermedades y de las discapacidades a que éstas pudieran con llevar en su evolución	Cualitativa nominal dicotómica	Aceptable No Aceptable	Si existen acciones de promoción para la salud para este grupo dispensarial Cuando no existen acciones de promoción para la salud	Número y por ciento según grupos de edades
Atención integral, escalonada, oportuna y eficaz a este grupo de edad	Cualitativa ordinal	Bueno Regular Malo	Existen historias clínicas dispensarizadas y tratamientos farmacológicos o no farmacológicos, se consideró el 80 % o más de respuestas. No se realiza lo antes expuesto No se realiza lo antes expuesto.	Número y por ciento según grupos de edades

Rehabilitación de los adultos mayores a través de la rehabilitación de base comunitaria.	Cualitativa ordinal	Bueno Regular Malo	Cuando el adulto mayores interconsultado con otros especialistas según patologías, se consideró el 80 % o más de respuestas. No se realiza lo expuesto anteriormente No se realiza lo expuesto anteriormente	Número y por ciento según grupos de edades
Participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del adulto mayor.	Cualitativa nominal dicotómica	Aceptable No aceptable	Cuando existe participación del adulto mayor en las soluciones de problemas junto al geriatra y la comunidad. No se realiza lo expuesto anteriormente	Número y por ciento según grupos de edades
Desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos especializados	Cualitativa nominal dicotómica	Aceptable No aceptable	Cursos, talleres y entrenamientos de post grado realizados en el área o en otros escenarios, entrenamiento eficiente en la temática Personal relacionado con el programa que no se participa en los talleres y cursos de entrenamientos relacionados	Número y por ciento según grupos de edades

			con el programa, entrenamiento eficiente en la temática	
Desarrollar investigaciones que identifiquen morbilidad, mortalidad, letalidad, discapacidades, intervenciones comunitarias y otras unidades	Cualitativa nominal dicotómica	Aceptable No aceptable	TTR, Tesis de Maestrías, Investigaciones Epidemiológicas rápidas, Tesis Doctorales, con esta temática. No se realiza investigaciones a fines.	Número y porcentaje según grupos de edades

Plan de análisis de los resultados

El resultado obtenido del instrumento diagnóstico (encuesta) se mostró cualitativamente en texto donde se explicó la respuesta emitida por los encuestados. Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información obtenida del instrumento que fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Aspectos éticos

Este proyecto de intervención está en correspondencia con las regulaciones establecidas en la declaración de Helsinki (Somerset West, República de Sudáfrica; octubre de 1996).

Se pidió a todos los encuestados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de las participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Evaluación de los recursos humanos para la atención del adulto mayor. Ciego de Ávila 2021.

Recursos	Debe existir	Existe	%
Enfermeras	25	25	100,0
Ginecólogos	2	2	100,0
Psicólogos	2	2	100,0
Trabajador social	2	2	100,0
Médicos	25	24	96,0
Estomatólogos	9	7	77,8
Clínicos	2	1	50,0
Psiquiatras	4	2	50,0
Geriatras	1	0	0,0

La tabla 1 muestra la distribución de personal médico y paramédico disponible para enfrentar las tareas del programa nacional referido.

Se pudo observar que, en el caso de las enfermeras, ginecólogos, psicólogos y trabajadores sociales, los recursos humanos necesarios para afrontar el programa, están cubiertos al 100,0 %, mientras que en el resto de los perfiles laborales hay carencias, leves en el caso de médicos y estomatólogos con el 96,0 % y el 77,8 % respectivamente, más marcadas en el caso de clínicos y psiquiatras con el 50,0 % en ambos casos y graves carencias en el caso de geriatras con 0,0 % de cobertura.

Es pertinente resaltar que existe solamente un especialista en medicina interna para atender la población de 2 GBT, la que a pesar de ser diplomada en geriatría, solo puede dedicar un tiempo muy limitado a la atención del adulto a través del programa establecido para la tercera edad, porque se encuentra realizando el trabajo asignado al especialista de medicina interna de 2 GBT, desarrolla el seguimiento de las embarazadas en el hogar materno y a los institucionalizados en el hogar de ancianos, lo cual, evidentemente, muestra una carga de trabajo considerable que repercute en la calidad de la atención al adulto mayor. En el área el Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológico (EMAG) no está constituido, pues carece de la asignación de geriatra, enfermera y psicólogo.

Tabla 2. Evaluación de los recursos materiales para la atención del adulto mayor

Recursos	Debe existir	Existe	%
Consultorios adecuados	25	22	88,0
Consultorios con equipamiento médico adecuado	25	21	84,0
Existencia de oftalmoscopio	2		0,0
Existencia de electrocardiógrafo	2		0,0
Consultorios con stock de medicamentos completos	25	2	8,0

La tabla 2 muestra la distribución de recursos materiales para brindar atención al adulto mayor según programa nacional.

Se pudo observar las mejores evaluaciones respecto a consultorios adecuados y a consultorios con equipamiento adecuado con 22 y 21 respectivamente para el 88,0 % y el 84,0 % por ese orden. Se presentaron carencias materiales respecto a la presencia de oftalmoscopio y electrocardiógrafo con el 0,0 % de los necesarios mientras que la situación más complicada se presentó respecto a los consultorios con stock de medicamentos completos con solo 2 de ellos para el 8,0 %.

Después de la reparación capital realizada a la edificación del policlínico en el año 2002, se mantiene sin dificultades arquitectónicas ni estructurales, e igual situación tienen los 22 consultorios médicos reparados hasta el momento, pero los restantes se mantienen con grandes dificultades de carpintería, plomería y deterioro del mobiliario clínico y no clínico.

La dotación de los recursos materiales en la evaluación de la estructura tiene limitaciones que han sido reconocidas en la medición de la calidad de los servicios sanitarios, sin embargo, aunque la estructura puede aumentar o disminuir la calidad de un buen proceso y buenos resultados, no asegura una adecuada atención a la salud, ya que los recursos pueden estar mal utilizados y la organización no ser la mejor. No obstante, se considera que puede existir un deterioro de la calidad si no son cumplidos los elementos mínimos exigidos en la planificación ⁴³.

Tabla 3. Promoción de cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.

Recursos	Debe existir	Existe	%	Evaluación
Equipos multidisciplinarios de salud mental	2	1	50,0	No aceptable
Casas de abuelo	2	2	100	aceptable
Grupos de orientación de estilos de vida saludables en la comunidad	2	1	50,0	No aceptable
Círculos de abuelos	25	10	40,0	No aceptable
Consultorios con stock de medicamentos completos	25	2	8,0	No aceptable

La tabla 3 muestra la distribución de recursos para lograr la promoción de cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.

Se pudo observar que, en los aspectos de equipos multidisciplinarios de salud mental, grupos de orientación de estilos de vida saludables en la comunidad, solo se cuenta con la mitad de los necesarios (50,0%), mientras que existen el 40,0 % de los círculos de abuelos necesarios y el 8,0 % de consultorios con stock de medicamentos incompletos, siendo solamente aceptables las casas de abuelos.

Otro aspecto importante detectado y que se añade, es que no existe responsable del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (PAIAM), lo cual, unido a que los integrantes existentes del gabinete gerontológico no están capacitados para desempeñar esta tarea, trae como consecuencia dificultades con la atención de los pacientes que lo requieren, así como con el cumplimiento de lo establecido en el programa.

Cabe señalar que el gabinete gerontológico no funciona, pero tiene asignado un local adecuado, con privacidad, suficiente ventilación e iluminación. El trabajo realizado por las trabajadoras sociales en función de la atención integral a los problemas de salud y sociales, presentados por los adultos mayores, y sobre todo a aquellos que viven solos, sin amparo filial, o son frágiles, ha sido de vital importancia en la mejoría de la calidad de vida de este grupo poblacional que requiere cuidados especiales.

Tabla 4. Acciones de prevención para retardar la aparición de enfermedades y de las discapacidades a que éstas pudieran conllevar en su evolución.

Causas	Año 2019		Año 2020		Diferencia	Evaluación
	No.	Tasa* n=5 322	No.	Tasa* n=5 361		
Enfermedades del corazón	7	13,2	10	18,7	5,5	No aceptable
Tumores malignos	3	5,6	4	7,5	1,8	No aceptable
Enfermedades cerebrovasculares	2	3,8	3	5,6	1,8	No aceptable
Enfermedades de arterias y arteriolas	1	1,9	2	3,7	1,9	No aceptable
Influenza y neumonía	2	3,8	3	5,6	1,8	No aceptable
Morbilidad por EDA	59	110,9	68	126,8	16,0	No aceptable
Morbilidad por IRA	306	575,0	358	667,8	92,8	No aceptable
Morbilidad por fractura de cadera	1	1,9	2	3,7	1,9	No aceptable
Suicidio	0	0,0	0	0,0	0,0	Aceptable

Fuente: Registro de fallecidos y hojas de cargo.

Tasa* x10 000 hab.

La tabla 4 muestra la distribución de acciones de prevención realizadas con el fin de retardar la aparición de diferentes entidades y discapacidades a que éstas pudieran conllevar en su evolución comparadas con el año anterior tomando como base el 2019 y 2020.

Se pudo observar que las acciones de salud con mejores valores para superar el año anterior, resultaron las encaminadas a la morbilidad por IRA, con un valor de aumento de la tasa calculada del 92,8 con respecto al 2019, seguido por las acciones sobre morbilidad por EDA con un aumento de la tasa de 16,0. En el resto de las acciones se presentaron ligeras mejorías con la excepción de las acciones enfocadas al suicidio las cuales presentaron tasas de 0,0 en ambos años.

Con relación a los resultados obtenidos en la atención al adulto mayor en términos de salud, puede señalarse que la mortalidad tiene un incremento en todas las tasas de las enfermedades crónicas no transmisibles en el año 2020 con relación al año 2019. Se ha podido observar que todas las tasas han aumentado comparadas con el año anterior, hecho este que puede estar en relación con una deficiente promoción de salud, seguimiento inadecuado de la HTA y dificultades en el diagnóstico precoz de los cánceres

prevenibles. Las enfermedades del corazón, que ocupan la primera causa de muerte en el área, tienen como principal factor de riesgo la HTA, por lo que se hace indispensable mantener en cada consultorio un esfigmomanómetro adecuado para su medición, ya que esto ayuda en el diagnóstico y la dispensarización.

Tabla 5. Atención integral, escalonada, oportuna y eficaz a este grupo de edad.

Variables	Evaluación del proceso					
	Bueno		Regular		Malo	
	No.	% *	No.	% *	No.	% *
Interrogatorio	100	100,0	0	0,0	0	0,0
Examen físico	100	100,0	0	0,0	0	0,0
Evaluación dispensarización	95	95,0	2	2,0	3	3,0
Planificación de consultas	94	94,0	4	4,0	2	2,0
Escala geriátrica de evaluación funcional	56	56,0	33	33,0	11	11,0
Realización de examen periódico	56	56,0	38	38,0	6	6,0
Evaluación nutricional	52	52,0	27	27,0	21	21,0
Consultas de terreno	42	42,0	51	51,0	7	7,0
Proceso de atención específicos	25	25,0	64	64,0	11	11,0
Examen general de cáncer	11	11,0	66	66,0	22	22,0
Examen específico de cáncer	6	6,0	61	61,0	33	33,0

* % calculado n = 100

La tabla 5 muestra la distribución de diferentes acciones encaminadas a la atención integral de los adultos mayores.

Al analizar las variables evaluadas con buenas acciones, se observó el predominio de acciones de interrogatorio y examen físico con el 100,0 % en esta evaluación, seguido por las acciones de evaluación dispensarización y de planificación de consultas que contaron con el 95 % y el 94 % de evaluación buena por ese orden.

Con evaluación regular predominaron las variables examen general de cáncer, proceso de atención específicos y examen específico de cáncer con cifras del 66 %, 64 % y 61 % por ese orden.

Con mala evaluación predominaron las acciones de examen específico de cáncer con el 33 % de dicha evaluación.

En el proceso establecido para la atención al adulto mayor, el paciente acude al consultorio, es dispensarizado y se le realiza la pesquisa primaria de salud o evaluación gerontológica, y una vez realizado este procedimiento se puede remitir al EMAG, donde se le efectúa una evaluación psicológica, social y clínica más profunda, es allí donde se decide si el paciente se remite a un centro hospitalario, si se comienzan los trámites de expediente para una institución social, o si el problema del adulto mayor se resuelve en

el área con el equipo de salud. Sin embargo, al comparar lo que realmente ocurre con lo establecido, es frecuente que se presenten brechas a nivel de pesquisa primaria de salud, ya que la evaluación no se realiza en el consultorio, y el paciente es enviado directamente a recibir otros servicios sin que el equipo gerontológico lo haya evaluado antes de remitirlo (este no funciona), y se desconoce si su problema no puede ser resuelto en el área, lo que, a juicio del investigador, no se hace correctamente. Esta situación rompe con lo establecido y trae consigo que el adulto mayor sufra molestias por demoras en su atención, además de que se corre el riesgo de inadecuadas valoraciones por evaluaciones incompletas y toma de decisiones y remisiones erradas o innecesarias.

Tabla 6. Rehabilitación de los adultos mayores a través de la rehabilitación de base comunitaria.

Otras variables	Evaluación del proceso					
	Bueno		Regular		Malo	
	No.	% *	No.	% *	No.	% *
Orientaciones sobre su problema de salud	85	85,0	14	14,0	1	1,0
Vacunación	78	78,0	19	19,0	3	3,0
Exámenes complementarios	60	60,0	25	25,0	15	15,0
Interconsulta con otras especialidades	59	59,0	14	14,0	23	23,0
Evaluación del adulto mayor	51	51,0	37	37,0	12	12,0
Seguimiento	37	37,0	33	33,0	30	30,0
Remitido al EMAG	12	12,0	29	29,0	41	41,0

* % calculado n=100

La tabla 6 muestra la distribución de variables relacionadas con el proceso de rehabilitación del adulto mayor.

Se pudo observar que, en la evaluación buena, predominaron las acciones sobre orientaciones del problema de salud y vacunación con cifras de 85 % y 78 % respectivamente.

Con evaluación regular predominaron las acciones sobre evaluación del adulto mayor y seguimiento del adulto mayor con el 37 % y 33 % respectivamente.

Con mala evaluación, las cifras más altas se observaron en las acciones de remisión al EMAG y seguimiento del adulto mayor con el 41 % y 30 % por ese orden.

En el seguimiento se estableció como criterio 3 controles al año, incluyendo una visita de terreno como mínimo, solo el 13,3 % de los pacientes presentaron un seguimiento aceptable, que queda muy por debajo del estándar establecido, a pesar de conocerse que la continuidad es una de las características definitorias de la atención primaria de salud, y como probabilidad, la dimensión de calidad más compleja de conceptuar y medir. De las historias clínicas evaluadas, solo el 13,0 % clasifica como aceptables, lo que debe alertar a los directivos del área de salud sobre la necesidad de mejorar el desempeño de los profesionales, sobre todo, si se tiene en cuenta que la mayoría de los criterios válidos para la evaluación de las historias clínicas no necesitan de recursos materiales para

realizarlos, pero sí de un esmerado desempeño profesional. En la auditoría a las historias clínicas evaluadas, se consideró la evaluación de procedimientos habituales en la práctica diaria del Médico y Enfermera de Familia.

El criterio que alcanzó una calidad aceptable fue la vacunación del toxoide tetánico, con un 97 % de cumplimiento. El alto nivel de cumplimiento en la administración de la vacuna, a consideración de la autora, está dado por un adecuado sistema de vigilancia y control llevado a cabo por los EBS, en especial, por el personal de enfermería, además de la disponibilidad de la vacuna durante todo el año.

La evaluación geriátrica necesaria para la clasificación de los ancianos, su dispensarización y conducta a seguir, quedó muy por debajo del estándar establecido, por lo que resulta necesario mejorar este indicador, de forma tal, que los pasos establecidos se cumplan adecuadamente y el paciente sea orientado sin dificultades, para lograr una mayor calidad de la asistencia.

Tabla 7. Participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del adulto mayor.

En el área el Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG) no está constituido, pues carece de la asignación de geriatra, enfermera y psicólogo.

Otro aspecto importante detectado y que se añade, es que no existe responsable del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (PAIAM), lo cual, unido a que los integrantes existentes del gabinete gerontológico no están capacitados para desempeñar esta tarea, trae como consecuencia dificultades con la atención de los pacientes que lo requieren, así como con el cumplimiento de lo establecido en el programa. Unido esto a la insuficiente labor de los Consejos Populares con el resto de las estructuras sociales y de salud correspondientes de forma tal que se facilite la identificación y solución de los problemas sociales de los adultos mayores a nivel comunitario.

En el área residen un total de 119 ancianos impedidos, de ellos 10 físicos y 8 mentales. El número de ancianos solos es de 219, de ellos 6 son ancianos frágiles y sin amparo filial. Sin embargo, no existen grupos de autoayuda al anciano que estén pendientes de las necesidades que se les puedan presentar, sobre todo, a los más frágiles. Por otro lado, si existe grupos de mensajería a la farmacia y la bodega. El trabajo realizado por las trabajadoras sociales en función de la atención integral a los problemas de salud y sociales, presentados por los adultos mayores, y sobre todo a aquellos que viven solos, sin amparo filial, o son frágiles, ha sido de vital importancia en la mejoría de la calidad de vida de este grupo poblacional que requiere cuidados especiales.

Tabla 8. Desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos especializados.

Recurso humano	Evaluados	Calificados > 70 puntos	Estándar ideal	Valor real	Evaluación
Médicos	24	10	80	45,5	No aceptable
Enfermeras	25	16	80	72,7	No aceptable
Psicólogos	2	1	80	50,0	No aceptable
Trabajadores sociales	2	1	80	50,0	No aceptable

Fuente: Test de conocimientos

La tabla 7 muestra la distribución de recursos humanos según la evaluación de formación y capacitación de los mismos.

Se pudo observar que el mejor valor de la evaluación se presentó en las enfermeras con 16 de ellas calificadas con 70 puntos o más para un 72,7 % del total, mientras que entre psicólogos y trabajadores sociales se presentaron evaluaciones adecuadas del 50,0 % y del 45,5% para los médicos. En todos los casos las cifras fueron no aceptables pues en ninguno de los grupos de recursos humanos evaluados, alcanzaron el 80,0 %.

En la evaluación de los criterios referidos a la atención al paciente anciano hipertenso, llama la atención que todos fueron evaluados como no aceptables, lo que habla a favor de la baja calidad del desempeño de los profesionales a la hora de enfrentar esta enfermedad, a pesar de que en el área todos los médicos son especialistas en MGI, además de que existe un programa bien establecido para la prevención y el control de la HTA. Esto pudiera estar relacionado con deficiencias en la capacitación de los profesionales en el Programa para la Prevención y Control de la Hipertensión Arterial, así como por el nivel de exigencia y control de los decisores en el área de salud. Los factores motivacionales y de sobrecarga de trabajo pueden ser aspectos que también estén influyendo negativamente en la atención adecuada al paciente anciano hipertenso.

El nivel de conocimientos alcanzado en un área específica del saber está íntimamente relacionado con la competencia ideal para poder desempeñarse profesionalmente, como se espera de los que ejercen en una profesión determinada, es así que de la competencia profesional del personal de salud depende la selección y ejecución de las acciones más efectivas y eficientes que conviene al problema de salud afrontado, aun con las limitaciones de los recursos existentes ⁴⁴.

En el acápite de: Desarrollar investigaciones que identifiquen morbilidad, mortalidad, letalidad, discapacidades, intervenciones comunitarias y otras unidades.

Al analizar además el desarrollo de este componente, se observó que no existe una agenda para los profesionales de la salud del área en cuanto a desarrollar investigaciones que identifiquen morbilidad, mortalidad, letalidad, discapacidades, intervenciones comunitarias y otras unidades, por tanto existe un no cumplimiento de un 100% para esta variable, este elemento negativo es de suma importancia puesto que investigar en el tema, permite datos descriptivos, exploratorios y de intervención que a posteriori servirán para evaluar los protocolos y el cumplimiento del programa de atención integral al adulto mayor en el área de salud y a partir de esos resultados establecer políticas de salud encaminadas a elevar el subprograma de atención comunitaria.

Es importante recordar que un servicio de calidad requiere otra profundidad y alcance, ya que se deben investigar los resultados, y, en el caso de encontrar defectos, detectar sus causas y eliminarlas para garantizar la calidad y satisfacer los requisitos propuestos. Se debe tener presente que para medir calidad y satisfacer las necesidades de a quién se le presta un servicio, es necesario conocer las expectativas de las personas a quienes se les brinda de la forma más humana posible, y, además, cumplir los reglamentos, normas y procedimientos establecidos, sin lo cual no se podrá lograr la calidad y satisfacción. Es preciso tener en cuenta que la calidad hay que administrarla o dirigirla con un enfoque integral de los resultados y del proceso para poder garantizarlo ⁴⁵.

La estructura existente para garantizar la atención en salud al adulto mayor presenta insuficiencias en lo relativo a recursos humanos y materiales, que unido a los problemas organizativos y de calidad de las historias clínicas, y en la instrumentación y difusión de las acciones incluidas en el PAIAM e HTA, influyen negativamente en la calidad del proceso de atención a la población de 60 años y más. Estas insuficiencias se relacionan más con los problemas organizativos que se presentan en la ejecución del PAIAM y los insuficientes conocimientos de los profesionales en relación con este, que con la limitación de recursos humanos y materiales existentes.

CONCLUSIONES

Predominaron deficiencias de recursos humanos principalmente en categorías de clínicos, psiquiatras y geriatras. El aspecto material más crítico resultó en los consultorios con stock de medicamentos incompletos, el cual fue además la principal dificultad para la promoción de cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud. En casi todas las acciones de prevención para retardar la aparición de enfermedades y discapacidades, se presentó un balance positivo de las tasas de un año a otro, pero dicho aumento resultó no aceptable. Un gran porcentaje de acciones para la atención integral y escalonada, resultaron con evaluación regular y mala en las actividades de proceso de atención específicos, examen general de cáncer y examen específico de cáncer, lo mismo ocurrió con las acciones de rehabilitación de los adultos mayores respecto a remisión al EMAG y seguimiento. La participación comunitaria es deficiente, no existen grupos de autoayuda y el gabinete gerontológico presenta dificultades. La formación y capacitación de los recursos humanos especializados es inaceptable y hay severas deficiencias en el enfoque investigativo de aspectos de salud relacionados al tema del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar Hernández RM, Félix Alemán A, Martínez Aguilar ML, Vega Alanis MC, Quevedo Díaz MM, Gutiérrez Sánchez G. Caracterización del binomio adulto mayor-familiar de convivencia. RevEnf Universitaria ENEO-UNAM. Oct-Dic 2009. 6 (4), [citado 2018 abril 03]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu094c.pdf>
2. Vega García E, Menéndez Jiménez J, Rodríguez Rivera L, Atención al adulto mayor. En: Mugica Ruiz JM, Cruz Valdés L, Sánchez Ferrán T, editores. Medicina General Integral. 3ra. ed. La Habana: ECIMED; 2014. Vol 2. p. 488-517.
3. del Cerro Campano, Y. Caracterización biopsicosocial del adulto mayor perteneciente al Consultorio Popular Pariapan del Municipio Juan Germán Roscio Estado Guárico en la República Bolivariana de Venezuela. Contribuciones a las Ciencias Sociales [Internet], febrero 2011, [citado 2018 Abril 03]. Disponible en <http://www.eumed.net/rev/cccss/11/>
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2017. Población media y densidad de población según grupo de edad y provincia [Internet]. 2017 [citado 12 Feb 2018]:[aprox. 100 pantallas]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2018/05/Anuario_Estad% C3% A D stico_de_Salud_e_2017_edici% C3% B3n_2018.pdf
5. Cervera Estrada L, Hernández Riera Rodolfo, Pereira Jiménez I, Sardiñas Montes de Oca O. Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. AMC [Internet]. 2008 Dic [citado 2017 Nov 28]; 12(6): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000600006&lng=es
6. Centro de prensa. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. 2017 Dic [citado 2018 Abr 20]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
7. Vergara Fabián L, Fernández Socarrás JA, Morales Calatalla F, Cabañas Dávila LA. Influencia del círculo de abuelos sobre la salud. Rev Cubana Med Gen Integ 2013,10(4):312-25.
8. Alonso Galbán Patricia. Fragilidad en el Adulto Mayor al nivel comunitario. 2005. [citado 2018 Abril 03]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis_patry.pdf

9. Conde Minga Esther Paola, Cuadrado Martínez Karina Alexandra. Caracterización de la depresión en el adulto mayor. Revista portales médicos [Internet], Junio 2017, [citado 2019 Abril 03]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/depresion-adulto-mayor-geriatria/>
10. Serra Urre Madelaine, Germán Meliz Jorge Luis. Polifarmacia en el adulto mayor. Rev haban cienc méd [Internet]. 2017 Mar [citado 2018 Nov 28]; 12(1):142-151. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016&lng=es
11. Sáez López M.P., Sánchez Hernández N., Jiménez Mola S., Alonso García N., Valverde García J.A. Tratamiento del dolor en el anciano: opioides y adyuvantes. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Abr 20]; 23(2): 93-104. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462016000200007&lng=es
12. Arriagada Leonardo, Jiron Marcela, Ruiz Ines. Uso de medicamentos en el adulto mayor. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile [Internet]. 2008. [citado 2018 Abril 05]. Disponible en: <http://espanol.arthritis.org/espanol/combata-el-dolor/relaciones-cuidar-enfermo-casa/relaciones-cuidar-progenitor-casa/relaciones-cuidar-progenitor-casa-administracion-medicamentos/>
13. López O. Alteraciones auditivas en el adulto mayor SUAT [Internet]. 2017 [citado 2019 Abril 03]. Disponible en: <https://www.suat.com.uy/consejo-medico/263-alteraciones-auditivas-en-el-adulto-mayor/>
14. Melián Carolina. Trastornos del equilibrio en el adulto mayor. REVISTA FASO Suplemento vestibular 2 Parte, p 47-53 [Internet]. 2017. [citado 2018 Abril 05]. Disponible en: http://www.faso.org.ar/revistas/2016/suplemento_vestibular/8.pdf
15. Suarez Hamlet. Arocena Mariana. Las alteraciones del equilibrio en el adulto mayor. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 20(4) 401- 407, 2009. [citado 2018 Abril 05]. Disponible en: http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_20_4/401 ALTERACIONES EQUILIBRIO.pdf
16. Hernández Malinalli. Causas de incontinencia urinaria en el adulto mayor. Meridia [Internet]. Feb 2017. [citado 2019 Abril 03]. Disponible en: <http://meridia.mx/causas-de-incontinencia-urinaria-en-el-adulto-mayor/>

17. Rodríguez Rivera Liliam Incontinencia Urinaria en el adulto mayor. GERONFO. RNPS. 2110. Vol. 1 No. 1 [Internet]. 2005. [citado 2018 Abril 03]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/incontinencia_urinaria_1.pdf
18. Jiménez Betancourt E, Írsula Betancourt L. Adulto mayor en estado de fragilidad. MEDISAN [Internet]. 2017 Abr [citado 2019 Abr 19]; 14(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300017&lng=es.
19. Jazwinski SM, Yashin AI, editors. Aging and health: A systems biology perspective [Internet]. Karger Publishers; 2017 [actualizado 5 Oct 2018; citado 20 Abr 2018]; 40 [aprox. 194 paginas.]. Disponible en: <http://www.karger.com/Book/Home/261901>
20. Protocolo 2. Atención general de la persona adulta mayor en atención primaria de la salud [Internet]. 2011 Dic [citado 2018 Abr 20]; Disponible en: <http://iris.paho.org/xmloi/handle/123456789/31252>
21. Tello Rodríguez T, Varela Pinedo L. Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. RevPeruMedExp Salud Pública [Internet]. 2017 abr.-jun. [citado 2019 Abr 19]; 33(2): 328-334. Disponible en: <http://pesquisa.bvsa.org/portall/resource/es/lil-795402>
22. Registros estadísticos del Policlínico Docente Belkis Sotomayor Provincia Ciego de Ávila, 2018.
23. González A, Rangel C. Calidad de vida en adultos mayores. Instituto de geriatría [Internet]. 2017 [citado 22 de octubre de 2019]:366-375. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/R19rmY>
24. Chan M. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet]. Ginebra, 2017 [citado 22 de octubre de 2019]. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/0wSL4ML>
25. Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. [Internet]. Washington D. C.: Organización de los Estados Americanos; 2017 [Citado 16 de mayo del 2020]. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/KyEYlCJ>
26. Envejecimiento y salud. Organización Mundial de la Salud: Sitio web oficial de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado 22 de octubre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/Se6urDf>

27. Sánchez A, Fernández L, Villasán A, Carrasco A. Envejecimiento activo y reserva cognitiva: guía para la evaluación y la estimulación. 2017 [citado 18 de mayo del 2020], 5(16):195-204. Disponible en: <https://cutt.ly/tyN5x0b>
28. Castro S. Envejecimiento saludable y deterioro cognitivo. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2018; 81(4): 215 - 216. Recuperado a partir de: "doi:10.20453/rnp.v81i4.3435"
29. Cuadra A, Medina E, Salazar K. Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con la calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. Rev. Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología [Internet]. 2017 [citado 16 de setiembre de 2019]; 11(35): 56-67. Recuperado de: <https://cutt.ly/uwH5kcv>
30. Robles A, Rubio B, De la Rosa E, Nava A. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. El Residente: 2017; 11 (3): 120-125. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/xrqE7H5>
31. Bejines M, Velasco R, García L, Barjas A, Aguilar L, Rodríguez M. "Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar". Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2017 [citado 17 de abril del 2019]; 23(1):9-15. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/LyDIgVL>
32. Krmptotic, C. La espiritualidad como dimensión de la calidad de vida. exploraciones conceptuales de una investigación en curso. Scripta Ethnologica [Internet]. 2017 [citado 27 de mayo 2020]; 38: 105-120. Recuperado de: <https://cutt.ly/LyDSQ16>
33. Jasso M, Pozos M, Cadena J, Olvera S. Calidad de vida y perspectiva espiritual de los pacientes hospitalizados con enfermedad cardiovascular. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017 [citado 27 de mayo 2020]; 25(1):9-17. Recuperado de: <https://cutt.ly/QyN5A1j>
34. Cesari M, Araujo de Carvalho I, Amuthavalli J, Cooper C, Martin F, Reginster J. et al. Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity, The Journals of Gerontology: Series A. 2018; 73 (12): 1653–1660. doi: 10.1093/gerona/gly011
35. Leiton Z. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. Enfermería Universitaria [Internet]. 2016; 13 (3): 139-141. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.06.002>
36. Cuba estará entre países más envejecidos del planeta en el 2050. 2012 [citado 10 Feb 2019]. Disponible en: http://www.sendasenior.com/El-envejecimiento-en-cifras_a_638.html

37. Oficina Nacional de Estadísticas. Cuaderno de Estudios Población y Desarrollo 2010. Envejecimiento, Políticas Públicas y Desarrollo en América Latina. Retos presentes, necesidades futuras. 2010 [citado 2019 Feb 19]. Disponible en: <http://www.onei.cu>
38. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Cifras e indicadores para su estudio 2005. La Habana: MINSAP; 2005.
39. Oficina Nacional de Estadísticas. Proyecciones de la población cubana 2010-2030. La Habana: Oficina; 2018 [citado 12 Feb 2019]. Disponible en: <http://www.onei.cu/>
40. Collazo MI, Calero JL, Rodríguez AL. El envejecimiento poblacional en Cuba, desde la mirada de los directivos del sector salud. Rev. Novedades en Población. 2010 [consultado 4 Mar 2019];6(11):11-22. Disponible en: <http://www.cedem.uh.cu/Revista/Articulos/a%20f1o6no112010>
41. Red Cubana de Gerontología y Geriatría. Centro de Investigaciones sobre longevidad, envejecimiento y salud (CITED). La Habana: CITED; [actualizado 27 Mar 2007; citado 13 Feb 2019]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=5809>
42. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución. 2011 [citado 25 May 2012]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/wpcontent/uploads/2011/05/folleto-lineamientos-vi-cong.pdf>
43. Morales I. Calidad de la atención en salud a la población de adultos mayores del policlínico "Jorge Ruiz Ramírez" en el municipio Playa (Morales Sánchez I. Propuesta de mejora continua de la calidad para la atención del adulto mayor. Municipio Playa, 1999. [Tesis] ENSAP, La Habana, Cuba).
44. Orosa Fraíz T. La tercera edad y la familia. La Habana: Editorial Félix Varela; 2001.
45. Aguirre-Gas H. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. Salud Pública Mex. 1990;32(2):623-9.