

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA



**PERCEPCIONES DE DIRECTIVOS, PRESTADORES Y USUARIOS, SOBRE EL
ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU ATENCIÓN EN SALUD**

TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO CIENTÍFICO DE
DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Autora: Dra. Milagros Isabel Collazo Ramos

Tutora: Dra. C. Aida L. Rodríguez Cabrera

Asesor: MSc. Jorge Luis Calero Ricardo

La Habana, Cuba

2018

"Lo más humano que pueda hacer la sociedad es ocuparse de los ancianos".

Fidel

Dedicatoria

A mi hijo
A mi esposo
A todos los adultos mayores cubanos

Agradecimientos

Al MsC. Jorge Luis Calero Ricardo, mi esposo, por su apoyo incondicional, dedicación constante y sobre todo con mucho amor.

A mi tutora, Dra. C. Aida Leonor Rodríguez Cabrera, por confiar en mí, por haberme mostrado este fascinante mundo de la investigación, apoyarme en todo momento de forma incondicional y dedicar su valioso tiempo a perfeccionar este trabajo.

A la Dra.C. Lidia C Hernández Gómez, por su dedicación, empeño y esmero, además por la amistad que nos une desde los primeros años de graduadas, siempre guiándome en todos mis pasos.

Al Dr.C. Herio de Jesús Toledo Vila, por su apoyo incondicional y logístico.

Al Dr.C. Jorge González Griego, mi médico de asistencia, por cuidarme y aliviar mis dolores para poder continuar.

A mis amigos, Pedrito (el loco), Ernesto y Fukglín, Yoel y Yesmi, Benjamín y Karenia, Eduardo y Emma, y todos aquellos que me han apoyado incondicionalmente para que este trabajo se hiciera realidad.

A mi jefa de departamento, Dra Tania G Pariente Hernández por su apoyo y comprensión.

A mis compañeras de departamento Dras: Déborah Morón Pinedo, Marilys Hernández Cabeza, Zuzel Sosa Cáceres, Ada Pineda Lorenzo y Vilma García Franco.

A todos los médicos/as, enfermeros/as de familia, a los directivos/as y a todos los adultos mayores que participaron en esta investigación...a todos muchas gracias.

A todos los que han colaborado de una forma u otra, **MUCHAS GRACIAS**

Síntesis

La población cubana envejece a ritmo acelerado lo que implica grandes retos para la sociedad y el sistema de salud cubano. Con el objetivo de describir las percepciones de directivos, prestadores y usuarios del sector salud sobre: el envejecimiento demográfico, la relación entre las demandas en salud y la atención que se les brinda, así como las posibilidades y dificultades que presenta el sector para atender a los adultos mayores, se realizó un estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo que utilizó el análisis sociológico de discursos, entre los años 2010 y 2015. Se emplearon técnicas como Grupos focales, Entrevistas en profundidad, Observación participante y Revisión documental. Como posibilidades se señalan el elevado número y calificación científica de los profesionales de la salud, la colaboración internacional, los programas del Médico y Enfermera de la Familia, Atención Integral al Adulto Mayor, la remodelación de las instituciones con novedosos recursos tecnológicos. El envejecimiento de la población cubana se percibe como un reto, con afectaciones en la salud, carencias económicas y afectivas. Los directivos y prestadores, no expresan una verdadera comprensión de la actual situación demográfica de Cuba. Los servicios están diseñados a partir de las consideraciones de los proveedores y directivos sin tomar en consideración las necesidades sentidas de los adultos mayores, además no se corresponden con los diseños planteados en los programas rectores y están afectados por las reorganizaciones del sistema sanitario. Se hace poco uso de la intersectorialidad como tecnología sanitaria para la solución de los problemas salud de los adultos mayores.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	
Introducción.....	1
Problema científico	5
Objetivos.....	6
Estrategia metodológica	8
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	
1. EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO: CARACTERÍSTICAS Y SU REPERCUSIÓN EN EL SECTOR SALUD.....	9
1.1. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales del proceso de envejecimiento	9
1.1.1. Aspectos biológicos del proceso de envejecimiento	10
1.1.2. Aspectos psicológicos del proceso de envejecimiento	13
1.1.3. Aspectos sociales del proceso de envejecimiento	14
1.1.4. Evolución histórico-demográfica mundial.....	17
1.1.5. Evolución histórico-demográfica en Cuba.....	21
1.2. Los sistemas de salud, frente al envejecimiento de la población.....	25
1.3 El envejecimiento: diferentes perspectivas metodológicas para su estudio.....	29
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO	
2. TECNOLOGÍA Y MÉTODOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN.....	34
2.1. Lineamiento general	34
2.2. Población de estudio y selección de los participantes	34
2.3. Técnicas para la recolección de la información	39
2.4. Consideraciones éticas.....	49
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	51
3.1. Breve caracterización de las y los actores que participaron en el estudio	51
3.2. Reconstrucción de significados, más allá del discurso de los actores	53
3.2.1. El envejecimiento demográfico “como un reto”: significados y su impacto en el sistema sanitario.....	55

3.2.2. El envejecimiento de la población versus estado de salud	58
3.2.2.1. Demandas en salud, más allá de la presencia de enfermedades.....	58
3.2.2.2. Los factores económicos como moduladores de la salud de los adultos mayores.....	63
3.2.2.3. La sociedad y la familia como pilares fundamentales en el mantenimiento del estado de salud de los adultos mayores.	66
3.2.3. El sector salud, ante el envejecimiento de la población cubana	72
3.2.3.1. Posibilidades del sector salud para enfrentar el envejecimiento de la población.....	72
3.2.3.2. Dificultades y/o brechas del sector salud para la atención a los adultos mayores.....	78
3.2.3.3. Necesidades sentidas de los usuarios.....	98
3.2.3.4. Gestión intersectorial.	101
CONCLUSIONES	107
RECOMENDACIONES.....	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS.....	

INTRODUCCIÓN

Introducción

En el pasado era sumamente difícil llegar a la ancianidad*, esa posibilidad se consideraba como un privilegio y hablaba de la fortaleza y el vigor de quienes lo lograban.^{1, 2} En la actualidad la proporción de adultos mayores aumenta a cifras cada vez mayores.³⁻¹¹ Se plantea que la población mundial de 60 años y más presenta tasas de crecimiento en el orden de 2,4% contra 1,7% para la población total, por lo que se estima que en números absolutos, el grupo de adultos mayores aumentará de 616 millones que existían en el año 2002 a 1209 millones para el 2025, lo que originará que esta población se duplique cada 23 años.^{6, 8, 9}

Existen diferentes formas de clasificar al adulto mayor¹², en los países en desarrollo se considera anciano a toda persona de 60 años en adelante, grupo éste, que a su vez se subdivide en: vejez temprana o tercera edad (de 60–74 años), vejez tardía o cuarta edad (de 75–89 años), longevos (de 90–99 años), y en centenarios (los que tienen 100 o más años), mientras que para los países desarrollados la definición de anciano comienza a partir de los 65 años, en Cuba se considera anciano a toda persona de 60 años o más.

^{12, 13}

América Latina muestra una situación importante respecto al grado de envejecimiento demográfico, en términos relativos y absolutos, se observan índices especialmente altos en Chile, Cuba, Puerto Rico, y Trinidad y Tobago.¹⁴ En lo particular, Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos.^{12, 14} En el año 2016¹⁵ existían en el país un total de 11 239 114 personas, de los cuales 2 198 220 eran mayores de 60 años, lo que representa el 19,8% de la población total. Esta elevada proporción de adultos mayores responde a tres factores: al descenso de la fecundidad y de la mortalidad, vinculado al mejoramiento en la calidad de vida de la población, lo que determina el aumento de la

* En este trabajo, los términos adulto mayor y usuarios se refieren a las personas de 60 años y más para ambos sexos. Sin embargo, en el texto podrían aparecer términos como: ancianos, tercera edad, entre otros, que hacen referencia, desde el punto de vista operacional, a la definición antes descrita.

esperanza de vida y en menor medida a la migración externa, fundamentalmente de los grupos poblacionales más jóvenes.¹⁵

En Cuba, la esperanza de vida es de 78,45 años para ambos sexos,^{16, 17} lo que ubica al país en una situación privilegiada dentro del hemisferio y al mismo tiempo señala la dedicación de recursos humanos y materiales que el Estado cubano ha puesto al alcance de toda la población. Esto da muestras de los logros alcanzados por el país en el campo de la salud, sin embargo al analizar las dimensiones, a escala poblacional, que ha tomado el incremento de este grupo, es inminente poner en práctica nuevas políticas e implementar estrategias que permitan al Estado y al Sistema Nacional de Salud crear las condiciones necesarias para poder atender esta explosión demográfica.¹⁸

En concordancia con lo planteado anteriormente Castañeda y colaboradores¹⁹ señalan que algunas de estas políticas están dirigidas al incremento y completamiento de los equipos multidisciplinarios de atención geriátrica en el país, fundamentalmente en el nivel primario, y que será preciso además, incluir en la formación de los médicos de familia el perfil geriátrico con el objetivo de propiciar una mejor y más calificada atención de los adultos mayores en sus hogares y en la comunidad, así como a aumentar y diversificar los servicios sanitarios para la tercera edad, a partir de las particularidades de esta etapa de la vida.¹⁹

El envejecimiento de la población cubana, como característica demográfica esencial, permite prever que las tendencias existentes en la actualidad se mantendrán y constituyen un escenario complejo, donde la adopción de medidas vinculadas con la dinámica demográfica, para atenuar su efecto sobre la sociedad, son de extrema relevancia y urgencia.¹³ Hoy la tendencia demográfica que Cuba enfrenta constituye un proceso de largo plazo y difícil de revertir.^{13, 16, 17}

La situación existente, a juicio de esta autora, requiere de acciones que cuenten con la viabilidad económica posible para su implementación a corto, mediano y largo plazo. Es por ello que la política del Estado y el Gobierno cubano está encaminada, a brindar

particular atención al estudio e implementación de estrategias en todos los sectores de la sociedad para atender los elevados niveles de envejecimiento demográfico.¹⁸

El envejecimiento de la población es un hecho concreto en Cuba, e independientemente de la exactitud de los pronósticos poblacionales, la magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con la que se ha transformado la pirámide poblacional cubana, constituye una preocupación para los años futuros, que plantea decisivos retos para la política económica y social del país y para la sociedad en su conjunto.¹⁶⁻¹⁹

La preocupación antes referida no está dada sólo por el hecho de que la población cubana envejece a un ritmo acelerado, sino por los efectos que dicho fenómeno poblacional tiene para el país y las estrategias que el Estado y el Gobierno deben seguir para minimizar los efectos negativos ello podría tener.¹⁶⁻¹⁹

Las consecuencias del envejecimiento están directamente vinculadas con cambios en la estructura económica y social, y de manera específica, con aspectos relacionados con el cuadro de salud de la población, la disponibilidad de recursos laborales, la seguridad social, la composición familiar, el incremento en la demanda de servicios de Geriatría y Gerontología y un aumento considerable en los gastos en salud y otros indicadores básicos de la dinámica social y económica del país.¹⁶⁻¹⁹

Las poblaciones que envejecen aumentan la cantidad de años de vida, pero ello no indica necesariamente que éstos sean vividos con la calidad que merecen. Por ello, es imprescindible lograr que las personas que integran este grupo etáreo, desarrollen sus actividades en condiciones saludables, con calidad y que las acciones que se realicen tengan en cuenta sus especificidades como grupo social.¹⁶⁻¹⁹

Al revisar la literatura sobre el tema se constata que la mayoría de los estudios tratan sobre el comportamiento sociodemográfico, frecuencias, causas, factores de riesgo^{3-7, 10-13, 16, 17, 19-24} y evolución de las diversas enfermedades que suelen aparecer en estas edades, sin embargo son escasos los estudios que exploran los procesos de

construcciones de significados, percepciones y otros referentes subjetivos de los usuarios, directivos y prestadores de salud, en relación con el envejecimiento de la población cubana, sus consecuencias, abordajes para su atención, y sobre todo, en cómo asumirlo para el desarrollo futuro del país.

André-Pierre Contandriopoulos²⁵ señala que la salud es la verdad de la vida, que aparece como una cualidad fundamental del ser humano y que se expresa en cada una de las cuatro dimensiones (biológica, social, síquica y racional) que definen al ser humano. Los conocimientos a movilizar para entender en su complejidad el concepto salud-enfermedad deben provenir del diálogo y la organización entre las ciencias de la vida, las ciencias sociales y las ciencias del comportamiento.²⁵

En este sentido, el paradigma cualitativo de investigación, entendido como métodos que buscan comprender los fenómenos desde la perspectiva de los actores, permite realizar descripciones a partir de observaciones que adquieren forma de narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video, registros escritos de todo tipo y fotografías o películas; lo que es muy útil, cuando se necesita explorar factores asociados a un determinado problema para entenderlo y referirlo; responder a preguntas que no pueden contestarse con otras aproximaciones; y/o permitir la participación de los grupos sociales en el proceso de investigación.²⁶

En corcordacia a lo anterior, Contandriopoulos²⁵ plantea además, que el avance del conocimiento descansa sobre la movilización de los métodos científicos más pertinentes en cada uno de los grandes campos disciplinarios (especialización metodológica disciplinaria) y al mismo tiempo sobre la integración de los resultados especializados en un esquema interpretativo interdisciplinario que todavía queda por construir. La estrecha relación entre los conocimientos sobre la salud y lo que la afecta, posibilita proponer políticas de salud eficaces y legítimas.

Al contrastar la escasez de estudios que abordan los aspectos sociales del envejecimiento, sus representaciones, así como las percepciones de los diferentes actores que intervienen en la atención a este grupo poblacional con los beneficios que

aporta la metodología cualitativa para el estudio de la influencia de las determinantes sociales en el estado de salud de las poblaciones, entonces se decide investigar el tema desde esta perspectiva metodológica.

Problema científico

En el proceso de atención en salud a los adultos mayores se articula el accionar de tres actores fundamentales: los directivos y prestadores del sector, y los usuarios de estos servicios; sin embargo, poco se conoce sobre cómo estos actores perciben el fenómeno del envejecimiento de la población cubana, así como las principales dificultades que presenta el sistema sanitario cubano para atender las demandas de este grupo poblacional; lo que constituye un vacío del conocimiento y el problema científico de la presente investigación.

De esta manera, y en aras de responder al problema científico antes expuesto, se formularon las siguientes interrogantes:

1. ¿Cómo perciben los directivos, prestadores y usuarios del sector salud el envejecimiento de la población cubana, y qué significados le atribuyen a dicho fenómeno?
2. ¿Cómo perciben los directivos, prestadores, y usuarios la relación entre las demandas de salud de la población anciana cubana y la atención que se les brinda por el sector de la salud?
3. ¿Cuáles son las posibilidades y dificultades del sector de la salud para la atención de la población de 60 años y más en Cuba, desde la perspectiva de directivos, prestadores, y usuarios?

Objetivos

1. Describir las percepciones de directivos, prestadores y usuarios del sector salud sobre el envejecimiento de la población cubana.
2. Describir las percepciones de directivos, prestadores, y usuarios, sobre la relación entre las demandas de salud de la población anciana cubana y la atención que se les brinda.
3. Identificar las posibilidades y dificultades que este grupo de actores le atribuyen al sector salud, en relación a la atención de la población de 60 años y más en Cuba.

La **novedad** de la investigación está dada en que brinda información, hasta ahora inexistente en el país, sobre las percepciones que le atribuyen directivos, prestadores y usuarios del sector salud, al envejecimiento de la población cubana, así como respecto a la relación existente entre las demandas de este grupo poblacional y la atención que se les brinda por el sector, y sobre las posibilidades y dificultades que presenta el sistema sanitario cubano para atender a los adultos mayores.

Múltiples son las razones que fundamentan la necesidad de este estudio y que se encuentran relacionadas con diferentes factores: los principales actores que intervienen de forma directa en la atención a los adultos mayores (directivos, usuarios y prestadores) y los cambios, sobre todo de tipo organizacional, ocurridos durante los últimos años en la Atención Primaria de Salud.

Los aportes fundamentales de esta tesis apuntan al valor práctico, teórico y metodológico de la investigación que desde una perspectiva salubrista, centra la atención en el estudio del envejecimiento demográfico y pone de manifiesto la relevancia de este fenómeno como problema social y de la salud pública.

De esta forma ha de señalarse que:

1. Contribuye desde la perspectiva salubrista al abordaje holístico de un fenómeno que ha sido tratado de manera fragmentada con un enfoque predominantemente biologicista.
2. Aplica una metodología de poco uso en las ciencias de la salud en Cuba y sobre todo en el nivel primario de atención.
3. Brinda el uso de una integración discursiva metodológicamente triangulada, respecto a las percepciones de los principales actores que intervienen en la atención de salud de los adultos mayores, al analizar la forma en que ésta ocurre, y su utilidad como sustento para la elaboración de políticas y programas que contribuyan a mejorarla.
4. La aplicación del análisis sociológico de discursos, como uno de los métodos de análisis de la perspectiva cualitativa de investigación para el estudio del fenómeno del envejecimiento demográfico, lo que permite la descripción práctica de categorías positivas y negativas de la valoración del mismo desde las percepciones de los actores que intervienen en la atención a este grupo poblacional.
5. Proporciona nuevo conocimiento sobre las condiciones y respuestas sociales involucradas en el proceso de atención al adulto mayor, así como la representación social del envejecimiento demográfico y de su atención por el sistema de salud.
6. Identifica las relaciones existentes entre las representaciones sociales del envejecimiento de la población (desde las percepciones de directivos, usuarios y prestadores de servicios de salud) sobre lo que significa el mismo desde el ámbito familiar, económico, social y las de su atención por el sistema de salud; así mismo de lo que resta por hacer para garantizar una vejez con calidad de vida.
7. Brinda al Sistema Nacional de Salud y especialmente a los programas del Médico y la Enfermera de la Familia y al de Atención Integral al Adulto Mayor, el referente subjetivo de los principales actores que intervienen en la atención al adulto mayor, en relación a las percepciones sobre el envejecimiento demográfico, así como del

funcionamiento de los servicios de salud para la atención a estas personas, lo que facilitaría la formulación de nuevas estrategias de trabajo.

8. Propone considerar el papel que juegan las necesidades sentidas de los adultos mayores para la priorización de los mismos en los servicios de salud, además de brindar sus criterios para la formulación, diseño e implementación de políticas relacionadas con la atención.
9. Propone el adecuado uso de las gestiones intersectoriales para el mejoramiento de la satisfacción y la calidad de vida de este grupo poblacional.

Estrategia metodológica

El enfoque general de la investigación estuvo sustentado en la metodología cualitativa, dado que permite entender situaciones, interpretar fenómenos y desarrollar conceptos que toman como base las percepciones y experiencias de los propios participantes, en este caso directivos, prestadores y usuarios de los servicios de salud. Para ello se utilizaron las Entrevistas en Profundidad (EP), las discusiones de Grupos Focales (GF), la Observación Participante (OP) y la Revisión Documental (RD).

Durante todo el estudio se respetaron los aspectos éticos que exige la investigación científica con sujetos humanos, se tomó como premisas fundamentales la confidencialidad de la información, el anonimato de las instituciones y de los participantes, y su derecho voluntario de participar o no en la investigación, todo como parte del desarrollo de un riguroso proceso de consentimiento informado.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1. EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO: CARACTERÍSTICAS Y SU REPERCUSIÓN EN EL SECTOR SALUD

El presente capítulo propone una revisión teórica respecto al envejecimiento de la población, primero como proceso biológico y psicosocial, luego como fenómeno demográfico, y finalmente se analiza cómo repercute este problema de la salud pública en la gestión del sector salud.

1.1. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales del proceso de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso natural de todo ser vivo.²³⁻²⁵ Particularmente para la especie humana se reconocen distintos tipos, entre los que sobresalen el individual y el demográfico,¹⁸ y es este último el objeto de esta investigación. No obstante, se hace necesario describir algunas características distintivas del envejecimiento individual, puesto que las acciones que se realicen deben estar dirigidas a satisfacer las demandas de atención de estas personas.

El conocimiento sobre la salud, y la comprensión de los determinantes de la salud y de la enfermedad, constituyen la base de la concepción de lo que debería ser el sistema de atención, así como de las expectativas de la población a este respecto y del rol que debería jugar el Estado en el campo de la salud y de las responsabilidades de los individuos.²⁵

La salud es un proceso complejo que sobrepasa las barreras de lo biológico, por lo que se deben considerarse todos los elementos que determinan a la salud como un producto social. De esta manera cualquier política, estrategia o meta que se trace debe estar en función de lograr o mantener la salud y dirigirse hacia los determinantes sociales y la aplicación de la intersectorialidad.²⁷

1.1.1. Aspectos biológicos del proceso de envejecimiento

El envejecimiento afecta prácticamente a todas las especies existentes en el planeta y a pesar de los temores e incertidumbres asociados a la vejez, aún es un estado al que todo ser humano desea llegar.¹⁸

Cuando se arriba a la tercera edad, se cuenta con la edad fisiológica definida por el envejecimiento de órganos y tejidos, es decir, la afectación física del individuo. Los cambios orgánicos se producen de forma gradual: lentos e inapreciables al comienzo del proceso, hasta que afectan el normal desarrollo de las actividades de la vida diaria o interfieren en ella. Por otro lado coexiste la edad cronológica la que se define como el hecho de haber cumplido un determinado número de años, considerado en éste trabajo para la tercera edad a partir de los 60 años y más. Es objetiva en su medida, ya que todas las personas nacidas en la misma fecha comparten idéntica edad cronológica. La ventaja de la objetividad de la edad cronológica se vuelve inconveniente al comprobar el impacto diferente del tiempo para cada persona.^{18, 28, 29}

La edad constituye un dato importante, pero no determina la condición de la persona, pues lo esencial no es el tiempo transcurrido, sino la calidad con que se ha vivido el mismo, así como los acontecimientos y las condiciones socio-ambientales que lo han rodeado.^{18, 28}

El envejecimiento trae aparejados cambios biológicos sustanciales debido al declinar fisiológico de las funciones vitales del organismo humano. Algunos de los que aparecen con la edad son: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estatura, propensión a la osteoporosis, sobre todo en las mujeres, atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, pérdida de la adaptación al frío y al calor, disminución de la fuerza y la rapidez para realizar actividades físicas, las paredes de las arterias se endurecen y se reduce su elasticidad y los mecanismos inmunológicos contra las infecciones y el cáncer pierden eficiencia.^{12, 18, 23-25}

Fisiológicamente, el envejecimiento conlleva a la reducción del agua corporal, de la motilidad intestinal y de la masa renal, así como la función pulmonar pierde la capacidad de reserva. También disminuye la frecuencia cardíaca con el ejercicio y la sensibilidad de los barorreceptores, por lo que pueden producirse síntomas ortostáticos hipotensivos. Se deterioran las diversas modalidades sensoriales: sensibilidad táctil y profunda, visual y auditiva.^{12, 18, 23-25}

De forma general, se considera que el cerebro humano disminuye después de los 50 años 2% de su peso por cada década, y después de los 60 años se produce un déficit progresivo de neurotransmisores cerebrales. Las neuronas dopaminérgicas son las más sensibles a los cambios producidos por el paso del tiempo.^{12, 18, 23-25}

Se estima que las personas que sobrepasan los 65 años padecen dos veces más de discapacidades, cuatro veces más de limitaciones, van al médico 42% más seguido y sus estancias hospitalarias son 50% más prolongadas.^{12, 18, 23-25}

Existe un modelo denominado "modelo de daños acumulados", que trata de explicar el envejecimiento. Este modelo sugiere que las células acumulan daños poco a poco y no se pueden reparar después de muchos años. Esto, unido al deterioro del sistema inmunológico de las personas mayores y a que la reparación de ADN decrece con los años, favorece la acumulación de células mutantes en el ADN mitocondrial y nuclear, lo cual conlleva a la síntesis de proteínas anormales.^{12, 18, 23-25}

Sobre este modelo, aparece otro relacionado con el proceso de convertir oxígeno en energía lo que conlleva a la formación de radicales libres. Cuando estas moléculas se producen en grandes cantidades, hacen daño al cuerpo y puede resultar en la muerte celular y otros daños (estrés oxidativo).²⁴

Todo lo anterior, da cuenta de los innumerables cambios que ocurren en el organismo humano, los cuales unidos a la influencia de factores exógenos, conllevan al deterioro en los estilos de vida, a la aparición de múltiples entidades o afecciones que caracterizan,

en cierta medida, a las personas de 60 años y más, e incluso, que pueden terminar con la muerte.^{23, 24}

En tal sentido, se relacionan las primeras cinco causas de muerte en Cuba en el año 2016, para el grupo de 60 años y más (Cuadro 1), lo cual está estrechamente relacionado con la presencia de altas tasas de prevalencia para las enfermedades crónicas no transmisibles: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, y Asma Bronquial (Cuadro 2).¹⁵

Cuadro 1. Mortalidad de personas de 60 años y más, según primeras cinco causas de muerte. Cuba. 2015.

Enfermedades por grupos	Tasa por 100 000 hab.
Enfermedades del corazón	999,6
Tumores malignos	897,9
Enfermedad Cerebro-Vascular	393,6
Influenza y Neumonía	289,6
Accidentes	188,1

Fuente: Anuario Estadístico de Salud, 2016.¹⁵

Cuadro 2. Prevalencia de Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial y Asma Bronquial en personas de 60 años y más. Cuba. 2015.

Grupo de edad	Diabetes mellitus	Hipertensión arterial	Asma bronquial
60-64 años	216,3	734,3	139,5
65 y más	160,1	524,2	71,6

Fuente: Anuario Estadístico de Salud, 2016.¹⁵

Nota: Tasa x 1000 habitantes

Múltiples son las evidencias para considerar que las personas de 60 años y más son altamente demandantes de los servicios de salud, y por ello grandes consumidores de medicamentos; pero si a ello se le adiciona que el país se encuentra bajo el efecto de un incremento de la población de adultos mayores, entonces no quedan dudas, que las políticas, programas y directrices en salud, deben estar encaminadas a la búsqueda de recursos y alternativas para brindar la atención que requieren las demandas de este grupo poblacional.

1.1.2. Aspectos psicológicos del proceso de envejecimiento

Es difícil establecer las diferencias a nivel psíquico entre los individuos de edad madura y los que ya sobrepasan los 60 años. Los acontecimientos externos de la vida de cada persona, sociales y afectivos, hacen reaccionar a cada una según su personalidad, circunstancias y experiencia vital (edad psíquica).^{28, 29}

Entre los principales factores psicológicos que afectan el estado de salud del adulto mayor se incluyen:²⁸⁻³⁸

- La depresión: es el problema de salud más común en la tercera edad, con predominio en las mujeres y está dado precisamente por la no realización de actividades que antes desempeñaban adecuadamente, la observación propia de su deterioro físico, estético, la aparición de ciertos rasgos faciales que denotan envejecimiento, la limitación de la actividad física, entre otros.
- El duelo: sentimiento que aparece ante la pérdida de seres queridos, se observa con frecuencia ante la ausencia del cónyuge, más si los años de relación fueron muchos.
- El “nido vacío”: sentimiento que aparece ante la salida de los hijos del hogar con el objetivo de crear sus propias familias.
- La demencia: donde se aprecia fundamentalmente la pérdida o disminución de la memoria, no sólo para hechos relevantes, sino para eventos tan sencillos como no recordar lo que desayunaron en el día que transcurre.
- El estrés: en el proceso de envejecimiento está asociado a un gran número de cambios que se producen en un breve tiempo. Tiene tres dimensiones: la dimensión psicológica que está determinada por las características de la personalidad de cada anciano; la dimensión biológica, expresada en diferentes

sistemas y enfermedades y la dimensión social, relacionada con su entorno macro y microsocial. Las fuentes principales de estrés en el anciano están vinculadas con las pérdidas de capacidades, estatus, familiares, amigos, con aspectos socioculturales, estilos de vida, con el apoyo emocional que reciba de sus familiares y de otras redes de apoyo social, ya que se plantea que cuando la familia es disfuncional, constituye la mayor fuente de estrés para ellos.

Toda esta gama de aspectos psicológicos hacen a estas personas cada vez más dependientes de familiares y allegados, y por ello necesitan más apoyo para lograr reparar sus sentimientos de pérdida, duelo o sencillamente, la percepción de que se acerca el final de la vida, todo esto hace también, en ocasiones, un uso irracional de los servicios médicos para corroborar la ausencia de enfermedad, asegurarse del control adecuado de alguna enfermedad crónica, ya presente, o buscar apoyo psicológico.²⁸⁻³⁶

Si a ello se adiciona que gran parte de la población anciana convive con dos o más generaciones en la misma vivienda como resultado de los problemas económicos y la carencia de inmuebles que tiene el país, se puede hablar entonces de la existencia de conflictos intergeneracionales dados por las diferencias de intereses, hábitos, costumbres, actitudes, y comportamientos.³⁹

1.1.3. Aspectos sociales del proceso de envejecimiento

La vejez ha sido y es un fenómeno social importante; en todo momento, la humanidad se ha preguntado ¿por qué se envejece?, ¿qué depara el futuro al arribar a la ancianidad?, ¿Será la vejez el adiós a la vida y la espera de la muerte? Estas y otras interrogantes son la preocupación de gran parte de la humanidad.

El envejecimiento es parte integrante y natural de la vida. La forma en que se envejece y se vive este proceso, la salud y capacidad funcional, dependen no sólo de la estructura genética, sino también, y de manera importante, de lo que se ha hecho durante la vida;

del tipo de cosas con las que se han encontrado a lo largo de ella; de cómo y dónde han vivido.^{12, 18, 23-25}

El cómo envejecer y la imagen del envejecimiento varía de una persona a otra; no obstante, para la mayoría de los individuos en las sociedades contemporáneas, especialmente las occidentales, la percepción de la vejez generalmente es negativa, por lo que tratan de huir de lo viejo, y si ya no es posible, al menos, disimular todo signo que los identifique con la vejez, pues son más frecuentes las lamentaciones, que la satisfacción que se experimenta alrededor de lo viejo. Además, la vejez ha estado representada con una imagen de enfermedad e incapacidad, o sea, portadora de estereotipos catastrofistas, rígidos, inactivos y dependientes.²⁹⁻³¹

Cada sociedad caracteriza la vejez en dependencia de su cultura. Los prejuicios con relación a la misma impregnán en las personas el temor a envejecer, ya sea por las condiciones de vida percibidas por estos grupos o por el simple hecho de llegar a una edad que limita la funcionalidad e impone la espera del momento fatal. De esta manera, el miedo a envejecer tiene su origen en la forma en que la sociedad percibe al anciano.^{28,}
²⁹

Así mismo desde el plano individual, la realización personal y las relaciones sociales a lo largo de la vida contribuyen a la satisfacción en la vejez y con la vejez. Como quiera que los adultos mayores no suelen proyectarse al futuro, casi siempre inexistente para ellos, sino al pasado, los recuerdos constituyen uno de los recursos con que cuentan para mantener su propia estima e incluso, su identidad.²⁵⁻³¹

El proceso de envejecimiento de la población no es inalterable, los estudiosos de su comportamiento buscan formas que puedan modificarlo. Por ejemplo, se han encontrado ciertas técnicas que ayudan a evitar la pérdida de memoria a corto plazo que experimentan algunos adultos mayores. Se ha establecido un sistema de ayuda en el hogar como medida para favorecer la vida independiente de los adultos mayores, que

consigue en ellos niveles de actividad superiores, incluso en algunos casos que se consideran irrecuperables.^{12, 23-25}

También se ha comprobado que los problemas nutricionales derivados de la disminución de los sentidos del gusto y el olfato son fácilmente resueltos con simples cambios en la condimentación de los alimentos; además, se perfeccionan los medios técnicos que permiten aliviar los problemas visuales y auditivos de la vejez.^{12, 29, 31, 35}

Otra de las problemáticas que han prevalecido en el tiempo con relación al anciano, es la limitación consciente o inconsciente de su aporte a la sociedad, sobre todo en el período de la post-jubilación, no se hace más que limitarlos en la expresión de un sentimiento que el ser humano nunca pierde: “la necesidad de ser y sentirse útiles”.³⁵ Se deberían fomentar actividades que contribuyan a incrementar la participación del adulto mayor en tareas económicas, políticas y sociales en aras de tener en cuenta sus conocimientos y experiencias por los años vividos.

A tal efecto, en Cuba a raíz de los lineamientos que rigen la política económica y social del país los cuales fueron analizados, discutidos y aprobados en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba (PCC) en el año 2011,⁴⁰ se han establecido, entre otras medidas, la recontratación laboral para personas jubiladas que lo deseen, y se encuentren aptos para desempeñarse en otras actividades asalariadas aunque dadas las dificultades económicas del país, no puede hablarse de una inserción en la sociedad de todos los adultos mayores que tengan posibilidades de trabajar.

Así mismo, se encuentra la Universidad del Adulto Mayor, posteriormente llamada Cátedra Universitaria del Adulto Mayor (CUAM), la cual permite la incorporación de todos los adultos mayores sin distinción de edad, sexo, creencias religiosas, procedencia social, entre otros. Los incorporados y/o egresados de esta nueva modalidad de universalización de la enseñanza han mostrado tener una mejor socialización, pues comparten con sus familiares los conocimientos adquiridos, se incorporan con mayor disposición a las actividades de la vida cotidiana, elevan su autoestima, involucran a la

familia en sus actividades y son capaces de defender sus derechos y cumplir sus deberes.⁴¹

De forma paralela a las Cátedras del Adulto Mayor en cada municipio del país funciona el Club para vivir 120 años, que aglutina a todas las personas de la tercera edad que asisten o no, sean graduados o no de la Cátedra del Adulto Mayor. Para pertenecer al Club, el único requisito es la voluntariedad y participar de forma sistemática en las actividades recreativas, deportivas y culturales que se desarrollan. Entre las principales actividades que realizan están: excursiones a lugares históricos y/o culturales, visitas a museos, cumpleaños colectivos y sobre todo cada reunión debe constituir un espacio para el esparcimiento donde prevalezca el intercambio y la comunicación entre todos los participantes.⁴¹

1.2. El envejecimiento demográfico. Evolución histórica

El envejecimiento demográfico, es el incremento de la proporción de adultos mayores con respecto a la población a que pertenecen.^{42, 43} Sin embargo, la apreciación de lo que es envejecer no sólo se sustenta sobre los múltiples eventos biofisiológicos que tienen lugar en los individuos, sino que también ha sido dependiente de la evolución histórica, social y cultural de las diferentes sociedades.⁴³ A continuación se profundiza sobre estos aspectos.

1.1.4. Evolución histórico-demográfica mundial

En la Roma imperial el hombre era viejo a los 20 años y la mitad de la población moría a la edad de 27 años por causa de enfermedades infecciosas.⁴² En la Edad Media se consideraban como viejas a las personas de 24 años, en el siglo XVIII a las de 30 años, hace 100 años a las de 40 y hoy se es joven a los 50 años de edad.⁴² Se afirma que, a escala mundial, el siglo XX ha sido de crecimiento para la población y que el siglo XXI es el de su envejecimiento. La era moderna se caracteriza, no tanto por el aumento en el límite superior de la duración de la vida humana, sino por un aumento en la proporción y el número de quiénes viven para acercarse a ese límite.⁴²

El número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la del 90.⁴⁴ Según datos reportados por la División de Población de las Naciones Unidas sobre envejecimiento y desarrollo en el año 2012,⁴⁵ el mundo mostraba alrededor de 809 millones de personas de 60 años y más, o sea, el 11% del total de la población, y se estima que para el 2030 se incrementará hasta el 16%, y para el 2050, se espera que este grupo poblacional llegue a representar el 22% de la población del mundo, lo que en términos absolutos se acercará a los 2031 millones de personas. También se ha incrementado el grupo de los "muy viejos", o sea los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30% de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12% en los llamados en vías de desarrollo.⁴⁴⁻⁴⁷

Europa, es la región del mundo más envejecida. Entre los 20 países más envejecidos del mundo, 19 son europeos, donde Italia, Grecia, Alemania y España se encuentran entre los primeros lugares.^{48, 49} En España, por ejemplo, el aumento de la esperanza de vida al nacer, la reducción progresiva de la mortalidad, junto a la disminución de las tasas de fecundidad, han provocado la inversión de la pirámide poblacional con los consiguientes problemas sociales y económicos que ello conlleva, a lo que algunos han denominado la hora malthusiana de la población española.⁴⁸ Esta alteración en la pirámide demográfica ha empezado a repercutir en la estructura del sistema sanitario.⁴⁸

Este efecto se evidencia en el puntaje obtenido por el país ibérico en el año 2015 donde alcanzó el 67,6% en el Índice Global de Envejecimiento (IGE), así mismo los ámbitos del estado de salud, el empleo y la educación, fueron los que menos puntos obtuvieron.⁴⁸ Pero a diferencia de España, Suecia (89,9 %) encabeza la lista de los países que mejores IGE han mostrado, seguido por Noruega (89,8%), y Alemania (89,3%).⁴⁸

Por su parte, en los países en desarrollo el envejecimiento demográfico ha iniciado un período de rápida evolución. Se prevé que el número de personas de 60 años de edad o mayores aumentará casi el triple en estos países y pasará de 673 millones en 2005 a

2000 millones en 2050, o sea, la población experimentará un crecimiento para dicho período de un 64% a casi el 80% en 2050.⁴⁸

El continente africano, según los últimos reportes encontrados, es señalado como el más joven del planeta, donde la edad mediana ni siquiera llega a los veinte años, mientras que en Europa es de cuarenta años.^{44, 48, 49} Por su parte, en Asia y América Latina la proporción del grupo clasificado como personas de edad ha aumentado de un 8% en el año 1998, y llegará al 15% para el 2025, mientras que en África se prevé que esa proporción se incremente sólo del 5% al 6% durante ese período, y que después se duplique para el año 2050.⁴⁵⁻⁴⁹ Esto último se corrobora en el análisis del IGE, toda vez que los países africanos presentan los puntajes más bajos a nivel mundial: como ejemplo de ello, Nigeria aparece con 24,0%, Ruanda 16,6%, y Tanzania 4,6%. El indicador referente al estado de salud ocupa puntuaciones inferiores a 30,0 %.⁴⁵⁻⁴⁹

En Latinoamérica, el proceso de envejecimiento de la población ocurre en un contexto marcado por una amplia desigualdad en el acceso a los mecanismos de protección social, una institucionalidad social débil, retrasos en la adaptación de las políticas públicas a la nueva realidad demográfica y una institución familiar con apoyo insuficiente para cumplir con las funciones de seguridad y protección.⁴⁶ Además, esta desigualdad se expresa en un acceso diferencial a los recursos de acuerdo al nivel socioeconómico, al género, a la etnia, a la localización espacial (zonas rurales y urbanas), y a la edad y las condiciones físicas de estas personas.^{50, 51}

Al hacer un análisis del tema en la región, en Colombia por ejemplo, la población creció durante los últimos años a una tasa anual promedio del 1,69%, mientras que los adultos mayores lo hicieron al 3,26%, y al comparar estos datos con lo acontecido para los restantes países, la población total creció en promedio 1,83% por año, mientras que los que tienen 60 años y más lo hicieron a un ritmo promedio de 2,89%.^{50, 51} Estos datos ponen de manifiesto dos realidades aparentes: la primera, el hecho de que la población mayor crece más rápido que la población total en la región, y la segunda, que Colombia parece tener un crecimiento acelerado del envejecimiento, en la medida en que el

diferencial entre el ritmo de crecimiento de la población total y el de la población “envejecida” es mayor.^{50, 51}

Así, en el censo de población realizado en Colombia en el año 2005, el país contaba con 3 777 900 adultos mayores de 60 años, o sea, cerca del 9% de los 42 090 500 habitantes del país; esta cifra sobrepasó a las proyecciones del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) en más de 1,5%, toda vez que el cálculo que se esperaba era cercano al 7,4%.^{50, 51} Por su parte, México también ha experimentado cambios en su crecimiento poblacional. En el año 2012, se reportó que el 25% de su población tendrá más de 60 años en el 2040.⁴⁶

Según la Doctora Karina Batthyány⁵¹, en el año 2010 el porcentaje de personas de 60 años y más en América Latina se triplicará en los siguientes 40 años. Así mismo, el porcentaje de personas de 75 años y más se multiplicará por cuatro en el mismo período y el índice de envejecimiento al 2050 será de 128 mayores de 60 años por cada 100 personas menores de 15 años. En la actualidad se concentran en el Cono Sur y en México las dos terceras partes de la población adulta mayor total de Latinoamérica y el Caribe.⁵¹

Según un reporte del CELADE realizado para el quinquenio 2010-2015, Haití y Bolivia muestran la más baja esperanza de vida al nacer de Latinoamérica y El Caribe (62,1 y 67,0 años, respectivamente), mientras que de forma intermedia Brasil, Colombia, Perú, y Venezuela marcan este indicador entre los 73 y 74 años, las cifras mayores están en Cuba con 79,2 años, Costa Rica con 79,1 años, y Chile con 78,9 años.⁴⁶

Es importante destacar que aunque las causas del envejecimiento de la población son en general las mismas en todos los países, a través del tiempo éstas han tenido un papel diferente en cada etapa. No está claro todavía el orden de importancia de las causas del envejecimiento demográfico, pero de cualquier manera, la disminución de la fecundidad es con mucho, la causa más importante, seguida por el descenso de la mortalidad determinada por el incremento de la calidad de vida y con ello el aumento de la esperanza

de vida al nacer.¹⁶ Las migraciones es otro de los factores que influye: los flujos migratorios de población joven, tanto internos, como externos pueden llevar a aumentar las proporciones de adultos mayores en una población determinada.^{52, 53}

Desde el punto de vista de la demografía, las poblaciones tienen sólo dos alternativas, crecer o envejecer; este axioma a pesar de su veracidad, debe ser considerado con cautela sobre todo en el mundo moderno, porque a pesar de que la gran mayoría de los países envejecen, existe todavía un crecimiento considerable de la población total sobre todo en los países en desarrollo.^{46, 49} No obstante, los esfuerzos sostenidos por el control del crecimiento de la población, traen como consecuencia directa su envejecimiento.^{16,}

17, 54, 55

1.1.5. Evolución histórico-demográfica en Cuba

En Cuba, el incremento en la proporción de adultos mayores está precedido por dos transiciones: la epidemiológica y la demográfica; la combinación de ambas permite hablar actualmente de la presencia de un proceso de envejecimiento demográfico.⁵⁶

Esto se evidencia en que de los 11 239 114 habitantes que residían en el país a finales del año 2015, más de dos millones de habitantes (2 198220) tenían 60 años y más, es decir el 19,8% de la población cubana. Sin embargo, se estima que para el 2025 uno de cada cuatro cubanos tendrá más de 60 años. Ello es el resultado de dos tendencias demográficas convergentes: se nace menos y también se muere menos.¹⁶

Demográficamente, Cuba se encuentra para algunos investigadores^{16, 57} en la segunda transición demográfica y para otros en una etapa postransicional,⁵⁸⁻⁶⁰ con un importante e irreversible proceso de envejecimiento, acarreado fundamentalmente, por el acentuado y prolongado descenso de la fecundidad, lo que se vincula estrechamente con el desarrollo económico y social a corto, mediano y largo plazo acaecido en el país.^{16, 58, 59} Así mismo, se plantea que el país se inscribe en una transición demográfica

prácticamente concluida, donde la fecundidad, como principal variable actuante en el crecimiento poblacional, descendió del nivel de reemplazo a partir del año 1978.¹⁶

El vínculo entre la dinámica demográfica de un país y la familia es muy estrecho. Quizás el fenómeno más visible sea el de la fecundidad.¹³ Ésta es, junto a la nupcialidad, el problema más determinante.^{16, 59} Desde 1978 las parejas cubanas han tenido una cantidad menor de hijos que los 2,1 nacimientos promedio por mujer necesarios para garantizar que haya un reemplazo generacional.^{16, 58, 59} Ello ha incidido directamente en el tamaño y la composición de la familia. En este sentido podría preguntarse ¿a qué obedece la disminución de nacimientos? Este proceso se gestó en un contexto favorable con políticas sociales dirigidas a elevar el nivel de vida de la población cubana y a incrementar el rol de la mujer en la sociedad, todo ello, indiscutiblemente, actuó de forma decisiva en la conducta reproductiva femenina e hizo de Cuba un país que en la actualidad y prospectivamente mostrará la menor fecundidad en Latinoamérica.⁵⁹

A partir del triunfo de la Revolución se establecen una serie de medidas que aceleran el decrecimiento de la fecundidad, entre las que se pueden citar: el respeto por los derechos de las mujeres, el acceso al aborto legal e institucionalizado, mayores conocimientos, disponibilidad y uso de métodos anticonceptivos, y por otro lado la activa participación e integración de la mujer en todas las actividades de la sociedad cubana contemporánea (estudio y trabajo, entre otros), y el seguro social sobre el cuidado de los hijos, lo que contribuye de manera positiva a que las parejas planifiquen el número de hijos que desean tener.^{16, 59, 60}

La migración externa es otro de los factores que influyen en el decrecimiento de la población, sobre todo de los sectores más jóvenes. Según ha mostrado el profesor Aja,⁵² la situación migratoria de Cuba en el presente siglo reafirma su condición de país emisor. El escenario se compone de tendencias a la emigración definitiva y temporal, con un creciente proceso a la circularidad, la preponderancia de migrantes jóvenes, el aumento de la presencia femenina y niveles de escolaridad medios y altos. En términos cuantitativos, si bien dicha condición no resulta relevante en el contexto mundial y

considera a todos los países como emisores, a nivel mundial e incluso de América Latina y el Caribe, en términos cualitativos plantea retos importantes a la sociedad y al Estado cubano, tanto desde su expresión en el plano individual, social y nacional, como desde aquellas esferas en las cuales este fenómeno tiene un impacto relevante, a saber la cultura, la familia y la demografía.⁵²

Según lo reportado en el año 2016, el envejecimiento demográfico en Cuba, ubica a las personas de 60 años de edad y más en el 19,8% del total de la población, lo que supone un 2% de incremento porcentual respecto al año 2010 y un 30% respecto al año 2000.¹⁵

Cuba es un país económicamente subdesarrollado, en el cual, a partir de la década de los 90 se inició una fuerte crisis económica de la que aún no se ha recuperado, sin embargo, desde el punto de vista demográfico mantiene indicadores semejantes al de las naciones desarrolladas,^{18-22, 61, 62} lo que demuestra los ingentes esfuerzos del Estado cubano por elevar el nivel de instrucción y el estado de salud de la población.

Un ejemplo de ello lo constituye la esperanza de vida al nacer, la que se ha incrementado a 78,45 años, y coloca a la Isla como la más destacada de Latinoamérica y el Caribe.¹⁵ La esperanza de vida al nacer ha evolucionado de forma muy particular, caracterizada por los procesos en los que ha estado inmerso el país: en el año 1900 era de 33,2 años. Treinta años después, esta cifra se elevó a 41,5 años.^{62, 63} En la década del 50 del pasado siglo, Cuba poseía indicadores demográficos moderados dentro del contexto latinoamericano, de manera que en el año 1953 la esperanza de vida era de 58,8 años.¹⁶

Este incremento en la esperanza de vida al nacer ha impuesto un nuevo reto para el sistema de salud, ya que hoy, lo más importante no es solamente aumentar la esperanza de vida de las poblaciones, sino además, mejorar cualitativamente la salud de éstas.^{18, 61, 64}

Cuba es el país de menor crecimiento demográfico en el contexto latinoamericano dado porque el diferencial de los indicadores demográficos en los diversos territorios y

subgrupos de población resulta pequeño, lo que evidencia una homogenización de estos indicadores en todo el país, lo cual es expresión de todas las acciones que se han realizado en función del desarrollo social llevado a cabo en todo el país.^{16, 17}

A nivel nacional, el envejecimiento muestra un comportamiento que aumenta gradualmente con el paso de los años, como se muestra en el Cuadro 3:

Cuadro 3: Evolución de la estructura de la población cubana, por grandes grupos de edades, en años seleccionados.

Años seleccionados	Grupos de edades		
	0-14	15-59	60 y más
2004*	19,6%	65,0%	15,4%
2010**	17,2%	65,1%	17,6%
2016***	16,4%	64,0%	19,8%

*Descenso de la fecundidad en Cuba.¹³

**La población de Cuba hoy.¹⁷

***Anuario estadístico de Cuba 2016.¹⁵

Al interior del país, el porcentaje de envejecimiento demográfico para el año 2016 oscilaba entre el 17,2% en la Isla de la Juventud, hasta el 22,9% en Villa Clara, se destaca La Habana, como la segunda provincia más envejecida del país (20,9%).¹⁵

Los datos mostrados y las proyecciones poblacionales existentes reflejan que Cuba se encuentra ante una situación demográfica sin precedentes, lo que trae consigo y de manera urgente, la necesidad de plantearse estrategias que permitan enfrentar este fenómeno en ascenso.^{15-18, 65} Es criterio de esta autora que para prolongar la esperanza de vida al nacer de la población cubana se requieren de acciones dirigidas a incrementar las expectativas de las personas para ser miembros activos en la vida social y cultural de las comunidades a las que pertenecen, o sea “se trata no sólo de añadir años a la vida, sino también de añadir vida a los años”, y de esta manera, lograr la incorporación y la participación activa del adulto mayor en la sociedad.

1.2. Los sistemas de salud, frente al envejecimiento de la población

El envejecimiento demográfico ocupa uno de los primeros lugares en las agendas de los gobiernos. Al analizar diferentes documentos que hacen referencia al impacto que el envejecimiento impone a los sistemas de salud, se observa que sumado a la apremiante lista de problemas sin resolver en muchos países, como la pobreza, la exclusión social y la vulnerabilidad, aparecen los costos sociales y económicos del envejecimiento de la población.⁶⁶

Particularmente en lo relacionado con la salud, si bien el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad,¹⁸ existen evidencias de que éste influye ostensiblemente sobre los indicadores de morbilidad y mortalidad, con un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y las degenerativas, las discapacidades, los accidentes y otras vinculadas a la salud mental; sin excluir las enfermedades trasmisibles emergentes y re-emergentes, lo que impone serias implicaciones para los sistemas de salud, que contemplan no sólo dificultades con la cobertura, sino que llevan al incremento en la demanda de servicios médicos y de medicamentos, así como de asistencia psicológica y social.⁶⁷⁻⁷⁰

Autores como Cardona,⁶⁴ refieren que en los países latinoamericanos, existen desigualdades económicas, sociales, y políticas, que ponen en desventajas al adulto mayor y que lo hacen vulnerable frente a otros grupos poblacionales.

En los últimos años, países como Argentina, México, Costa Rica y Uruguay se han destacado por la implementación de programas y políticas públicas orientadas a la atención integral de los adultos mayores, ejemplo de estas acciones son la creación de organismos rectores cuyas funciones principales son la regulación, coordinación, análisis, planificación, diseño y evaluación de las políticas sociales dirigidas a dicha población así como cuestiones vinculadas con la salud, seguridad económica, jurídica, sistema de cuidados y entornos favorables para la participación social de estas personas.⁵⁶

En Argentina se implementó el Programa de promoción del buen trato hacia los adultos mayores, cuyo objetivo es capacitar y sensibilizar a la población sobre el abuso y maltrato vinculado al fortalecimiento Institucional que busca potenciar la capacidad técnica y de gestión de las organizaciones que trabajan con la problemática de adultos mayores, así como promover su participación social.⁵⁶

En México, desde el año 2008, existe un programa de atención domiciliaria que incluye la atención psicológica a esta población y a sus cuidadores y tiene como propósito fortalecer la autonomía y la independencia de las personas adultas mayores, a través de apoyos sociales. Este programa incluye la capacitación a los cuidadores y la atención especializada de los mismos en situaciones de sobrecarga y colapso.⁵⁶

En Costa Rica el gobierno desarrolla acciones remuneradas en apoyo a un envejecimiento en el hogar con sus propias familias y en especial a las mujeres en las tareas de cuidado, lo que da oportunidades de satisfacción de necesidades laborales. Sin embargo, los países desarrollados han envejecido de forma gradual y se enfrentan a problemas relacionados con el desempleo y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones.⁵⁶

En Noruega y Suecia las políticas pronatalistas tienen un peso considerable, en ellas se invierten grandes sumas de dinero. Los países nórdicos en general son los que más pagan para incentivar la fecundidad; pero de conjunto con ello se realizan disímiles acciones que se traducen en programas dirigidos al adulto mayor. En ambos casos el Ministerio de Salud tiene un peso de consideración a la hora de aplicar y velar por que se cumplan dichos programas.⁵⁶

En general, las políticas públicas se enfocan en velar por los derechos de las personas de edad, su cuidado y bienestar social con el objetivo de lograr un envejecimiento con calidad de vida. En los países desarrollados se cuenta con los recursos necesarios para llevar adelante un conjunto de acciones que van desde los sistemas de cuidado, adaptación de viviendas, servicios de transporte, hasta el desarrollo de tecnologías para

los adultos mayores, el fomento de la salud y medidas preventivas, asistencia socio-sanitaria, actividades de ocio, ayuda de las tecnologías de la información como la llamada teleasistencia y la adaptación del transporte a las condiciones físicas de este grupo poblacional.⁵⁶

Ante el desafío de esta explosión demográfica la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho un llamado al papel estratégico que juegan los centros del nivel primario de atención en la salud de los adultos mayores en todas las partes del mundo, y la importancia de que dichos servicios sean accesibles y que se adapten a las demandas de ese grupo de edad.^{71, 72} Este organismo internacional ha hecho un llamado a los gobiernos del mundo, sobre el derecho a la salud para todos los estratos sociales y grupos más vulnerables, en lo que ha denominado el Movimiento de Cobertura Sanitaria Universal (CSU), el cual supone la disponibilidad de los servicios que satisfagan las necesidades de atención y que incluyan una combinación apropiada de funciones de prevención de enfermedades, promoción de salud, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, así como medicamentos, productos médicos, trabajadores sanitarios, la infraestructura de salud y la información sanitaria; la proporción de los costos de esos servicios que se sufragán y de la población a la que se le brinda la cobertura.⁷²

Por tanto se plantea, que el buen funcionamiento de los sistemas de salud mejora la salud de la población, brinda protección social, responde a las expectativas legítimas de los ciudadanos, contribuye al crecimiento económico, y apoya la cobertura universal de salud.⁷² La estabilidad política, el liderazgo comprometido, el crecimiento económico continuo, y los sistemas de salud sólidos son fundamentales para el logro de la cobertura universal de salud, la cual se ve obstaculizada, en muchos países, por las desigualdades en los ingresos.^{72, 73}

En América Latina y otras regiones en vías de desarrollo las presiones generadas por esta compleja transición demográfica han afectado el desempeño de los sistemas de salud y han obligado a movilizar recursos adicionales, reformar sus estructuras

financieras y organizativas, y transformar los modelos predominantes de atención, diseñados originalmente para enfrentar enfermedades agudas y episódicas.⁵⁶

Así, muchos países han dado muestras de sus preocupaciones por este fenómeno poblacional y han colocado de forma prioritaria en sus proyecciones y agendas de trabajo, acciones encaminadas a dar cumplimiento a los programas de trabajo de la OMS, en aras de cumplir con la cobertura sanitaria universal para las personas de 60 años y más y descrito en un marco de salud pública para la acción basado en el concepto del “Envejecimiento Saludable”.^{51, 72, 74-79}

Es criterio de esta autora que para que las sociedades respondan adecuadamente al envejecimiento de la población se precisa de transformaciones en los sistemas sanitarios, donde el pensamiento médico transite desde los enfoques biologicistas centrados en acciones curativas, hacia una atención integradora dirigida a los adultos mayores teniendo en cuenta las especificidades como grupo y las necesidades sentidas. Así mismo se deberán incorporar mejores formas de monitorear la salud y el funcionamiento de este grupo poblacional. Aunque estas medidas requerirán recursos humanos y materiales constituirán una buena inversión para el futuro de las sociedades: De esta manera se les garantizará una vejez que las generaciones anteriores nunca antes hubieran imaginado.

Ante tal desafío los cubanos trabajan por brindar particular atención al diseño e implementación de estrategias en todos los sectores de la sociedad, desarrollar mecanismos de participación comunitaria y de acciones intersectoriales, incidir en las determinantes sociales de salud, en aras de responder a las demandas de este grupo poblacional.

Es opinión de esta autora que se precisa desarrollar actividades investigativas, docentes y asistenciales con un enfoque multidisciplinario, con la participación de todos los sectores involucrados y a partir de las percepciones y criterios de los adultos mayores, lo que garantizará el logro de estos objetivos.

1.3 El envejecimiento: perspectivas metodológicas para su estudio.

En el presente estudio se plantean dos enfoques para hablar de envejecimiento, uno referido al envejecimiento como proceso biológico individual del ciclo vital y otro como fenómeno demográfico (a escala poblacional) correspondiente al incremento del número de adultos mayores

Para muchos, el estudio del envejecimiento se ha centrado en el comportamiento puramente biológico de múltiples enfermedades que aparecen en esta etapa de la vida como resultado del deterioro físico irreversible que se produce con el decursar de los años⁸⁰⁻⁸⁶, donde se requiere actuar sobre la salud para reducir la incidencia, la duración, la intensidad o las consecuencias de las enfermedades específicas que sufren los individuos, las intervenciones sobre el funcionamiento biológico y psíquico de los seres humanos y su comportamiento. Se trata, en este caso, de modificar el curso de los diferentes procesos biológicos y psíquicos afectados por la enfermedad.²⁵

Para otros, las intervenciones son enfocadas sobre el ambiente en el cual interactúan los individuos, sea éste físico: ambiente de trabajo, condiciones de vivienda, salubridad, contaminación o los referidos a aspectos económicos y sociales como pobreza, desempleo, aislamiento, exclusión, o incluso, en el ambiente cultural como el derecho de las personas a la educación, la salud, acceso a la información y al conocimiento.²⁵

Los factores sociales son determinantes en el estado de salud de las poblaciones por lo que son inseparables para el estudio del proceso salud-enfermedad. Éstos no son susceptibles de ser medidos con cifras numéricas, sino que se alcanzan a partir de las percepciones de los propios individuos.

Según aparece definido en el Diccionario de la UNESCO,⁸⁷ “*la percepción no es la simple sensación que resulta de exponer los órganos de los sentidos a los objetos y fenómenos del mundo circundante, sino el proceso en el cual registramos lo que está a nuestro*

alrededor o en interacción con nosotros en forma tal que signifique algo; o sea, percibir es tomar conciencia de un significado”.

La metodología cualitativa de investigación tiene como objetivo entender los fenómenos sociales desde las percepciones de los propios actores y está relacionada con la subjetividad y el inconsciente (psicoanálisis), los significantes y los significados de las palabras y los signos (lingüística, semiología), el sentido de los mismos (semántica), la cultura (antropología), la percepción de la realidad (fenomenología) y sobre la sociedad (sociología): la interpretación de los símbolos (hermenéutica), por tanto es una forma multidisciplinar de acercarse al conocimiento de la realidad social que no puede llevarse a cabo sin la mediación del lenguaje y sin la consideración de los estados internos del sujeto.⁸⁷⁻⁹¹

Esta estrategia metodológica de investigación está fundamentada en una depurada y rigurosa descripción contextual del evento, conducta o situación que garantice la máxima objetividad en la captación de la realidad siempre compleja, y preserve la espontánea continuidad temporal que le es inherente, con el fin de que la correspondiente recogida sistemática de datos, categóricos por naturaleza, y con independencia de su orientación preferentemente idiográfica y procesual posibilite un análisis que dé lugar a la obtención de conocimiento válido con suficiente potencia explicativa, acorde, en cualquier caso, con el objetivo planteado y los descriptores e indicadores a los que se tuviera acceso.⁸⁷⁻⁹¹

Esta forma de investigar la realidad social toma e integra de otros campos afines, como son la Sociología, la Filosofía o la Psicología, diferentes perspectivas como son la etnometodología, el análisis de discursos, el interaccionismo simbólico, la etnografía holística, la etnoscienzia, el análisis de contenido y las historias de vida, la fenomenología y la hermenéutica entendida como el arte de interpretar. Esta última, junto al análisis de contenido y a la semiótica naturalista francesa son los tres métodos más utilizados para la interpretación de textos^{88,89}

La incorporación de la metodología cualitativa a la investigación, permite que los fenómenos sean estudiados en su contexto, e intenta encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden. El foco de atención se dirige, por tanto, a la multidimensionalidad propia de la realidad social.⁸⁷⁻⁹¹

Los métodos cualitativos resultan especialmente adecuados para la comprensión en profundidad del fenómeno que se desea investigar o evaluar, desde el punto de vista de los propios sujetos implicados; cuando existe una gran carga de significados, estereotipos y prejuicios asociados al tema de estudio. Las técnicas cualitativas permiten a los participantes hablar y expresarse libre y espontáneamente y pueden ser utilizadas para evaluar las necesidades, la viabilidad de nuevos programas o descubrir lo que los sujetos tienen en cuenta al tomar decisiones; para estudiar las interacciones entre varias personas que tienen algún papel relevante ante alguna necesidad; explicar determinados comportamientos, miedos y rechazos, adhesión a personas, dudas y temores, satisfacción o insatisfacción. Estas técnicas permiten contactar con espacios y personas inaccesibles por otros métodos.^{26, 87-91}

Las posibilidades que ofrece la metodología cualitativa en la investigación social explica la publicación cada vez mayor de trabajos sobre contenidos tan diversos como son: edad adulta y envejecimiento, educación crítica y justicia social, examen crítico de raza, etnia, clase social y género en educación, ciudadanía democrática en educación, liderazgo y justicia social, pedagogía crítica y emancipación, adolescencia y desarrollo juvenil, teorías constructivistas, investigación y práctica; perspectivas críticas en estimulación temprana, inclusión y evaluación educativa, alfabetización de adultos, estudios étnicos y minorías, estudios de género, educación multicultural, diferenciación sexual y educación; educación y familia, educación para el consumidor, familia, escuela y relaciones con la comunidad, aprendizaje urbano, aprendizaje social y emocional, entre otros.⁸⁷

A partir de estas consideraciones y dado que los objetivos del presente estudio se dirigieron a explorar las percepciones sobre el envejecimiento de los tres actores

fundamentales que intervien de forma directa en la atención en salud de este grupo poblacional, se eligió esta estrategia metodológica para el abordaje del tema, apoyados en técnicas principales como las EP, GF y la OP y la RD como técnicas complementarias, con la utilización del círculo hermenéutico en el análisis sociológico de discursos como método fundamental para el análisis y la interpretación de los datos recogidos.

Consideraciones finales del Capítulo I

El envejecimiento desde su perspectiva individual es un proceso natural, marcado por profundos cambios biológicos y psicosociales, hasta ahora irreversibles. Sin embargo, desde su perspectiva demográfica, es un fenómeno que constituye uno de los mayores logros de un país, como resultado del aumento de la esperanza de vida de la población y de la disminución de la mortalidad. Por lo general, las causas del envejecimiento de la población son las mismas en todos los países y aunque a través del tiempo, éstas han tenido un papel fluctuante y diferente en cada etapa, aun no queda claro el orden de importancia de las mismas, aunque es evidente el impacto de la reducción de la fecundidad y la mortalidad y más recientemente y en menor medida la emigración de los segmentos poblacionales más jóvenes.

Cuba es uno de los países de América Latina y El Caribe, que presenta un mayor porcentaje de envejecimiento demográfico, vinculado estrechamente con el desarrollo económico y social a corto, mediano y largo plazo alcanzado por el país. En opinión de esta autora queda claro que el envejecimiento constituye un logro y su vez un reto para la sociedad cubana y lo hacen tributario de grandes y complejas decisiones gubernamentales y estatales.

Ante esta realidad el sector salud se enfrenta a una revolución de los servicios que se ofrecen, en aras de brindar una adecuada atención, con una concepción de integralidad y universalidad para el diseño armónico y eficiente de las estrategias que se tracen, pues lo más importante no es aumentar la esperanza de vida de las poblaciones sino, garantizar el mejoramiento creciente del estado de salud de éstas.

La metodología cualitativa de investigación es una estrategia metodológica muy útil para el estudio de los factores sociales que determinan el estado de salud de las poblaciones; sin embargo muy poco usada hasta el momento para el estudio de las percepciones que sobre el envejecimiento demográfico tienen los actores fundamentales que intervienen directamente en la atención a los adultos mayores, por lo que resultó una importante herramienta para dar cumplimiento a los objetivos planteados.

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

2. TECNOLOGÍA Y MÉTODOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se exponen los métodos, técnicas e instrumentos utilizados en la investigación, así como los criterios para la selección de los participantes que formaron parte del estudio: prestadores, directivos del sector salud y de otros sectores sociales y personas de 60 años y más. Además se exponen las consideraciones éticas tomadas en cuenta durante toda la investigación.

2.1. Lineamiento general

Se realizó un estudio descriptivo e interpretativo con directivos, prestadores, y usuarios (personas de 60 años y más) de los servicios de salud, de seis municipios de la provincia La Habana, en el período comprendido entre Mayo del 2010 y Mayo del 2015.

El abordaje metodológico utilizado estuvo sustentado en la metodología cualitativa de investigación, dado que permite entender situaciones, interpretar fenómenos y desarrollar conceptos, haciendo énfasis en el significado, la experiencia, y las percepciones de los propios participantes.⁸⁹⁻⁹⁴

Para alcanzar los objetivos propuestos para la investigación, se realizaron: GF con prestadores y usuarios de los servicios de salud, EP a directivos del sector salud, y de otros sectores sociales relacionados con la atención a las personas de 60 años y más, OP a fin de registrar la dinámica de atención/comunicación que se produce entre prestadores y usuarios en los escenarios de salud y la RD de directrices, programas, leyes y resoluciones que rigen el trabajo en el sector salud.

2.2. Población de estudio y selección de los participantes

Geográficamente el estudio se ubicó en la provincia La Habana (conformada por 15 municipios), la cual se constituye en la segunda provincia más envejecida del país con

un porcentaje de envejecimiento de 20,9%, precedida sólo por la provincia de Villa Clara con 22,9%.¹⁵

Para la realización de la investigación se consideraron cuatro grupos de participantes: Grupo 1 (G-1): prestadores de salud, Grupo 2 (G-2): usuarios (personas de 60 años y más) de los servicios de salud, Grupo 3 (G-3) directivos del sector salud y Grupo 4 (G-4) dirigentes de otros sectores relacionados con la atención a las personas de 60 años y más, todos seleccionados a partir de un muestreo por criterios.^{91-93, 95}

Para la selección de los participantes la autora consideró, en primer lugar, que no todos los municipios del país, y en particular los de la provincia de La Habana (lugar donde se desarrolló el estudio), cuentan con igual porcentaje de envejecimiento, lo cual podría determinar, o no, en la carga de trabajo de los prestadores, que cada municipio cuenta con autonomía administrativa propia por lo que podrían existir estrategias locales para la atención a este grupo poblacional.

Por todo lo anterior, y apoyada en la experiencia desarrollada por Castañeda y Villalón,¹⁹ y en los datos ofrecidos por la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba,^{56, 85} la autora desarrolló un análisis del porcentaje de envejecimiento de cada municipio en aras de conformar tres estratos: municipios más envejecidos (20% y más de envejecimiento), municipios medianamente envejecidos (envejecimiento entre 17 y 19,9%) y municipios menos envejecidos (envejecimiento menor de 16,9%) (**Cuadro 4**).

Cuadro 4: Municipios de La Habana según porcentaje de envejecimiento demográfico. Cuba, 2010.

Municipios	Porcentaje de envejecimiento	Nivel
San Miguel del Padrón	16,2	Menos envejecidos
Arroyo Naranjo	16,5	
Cotorro	16,8	
La Lisa	17,2	Medianamente envejecidos
Boyeros	17,5	
Regla	17,9	
Guanabacoa	17,9	
Habana Vieja	18,6	
Marianao	18,6	
Habana del Este	19,3	Más envejecidos
Centro Habana	20,9	
Cerro	21,3	
Playa	21,5	
Diez de Octubre	22,9	
Plaza de la Revolución	25,8	

Fuente: ONEI. Una mirada a Cuba 2010.⁵⁶

Luego de ubicados los municipios en cada estrato, y en aras de otorgarle pluralidad al estudio, se seleccionaron por simple aleatoriedad (por el método de bombo) dos de ellos por cada estrato, resultando seleccionados los que aparecen en el Cuadro 5.

Cuadro 5: Municipios seleccionados de La Habana según porcentaje de envejecimiento demográfico. Cuba, 2010.

Municipios	Porcentaje de envejecimiento	Nivel
San Miguel del Padrón	16,2	Menos envejecidos
Arroyo Naranjo	16,5	
La Lisa	17,2	Medianamente envejecidos
Marianao	18,6	
Diez de Octubre	22,9	Más envejecidos
Plaza de la Revolución	25,8	

Fuente: ONEI. Una mirada a Cuba 2010.⁵⁶

Después de identificados los dos municipios por cada estrato, se procedió a solicitar a las Direcciones Municipales correspondientes, la debida autorización para iniciar el

estudio (Anexo 1), además de indicar cuáles eran las áreas de salud que mejor mostraban las características por las que fue seleccionado el municipio al que pertenecían (porcentaje de envejecimiento), procediéndose dentro de éstas, a identificar a los participantes en el estudio. Esto se logró con la colaboración de los departamentos de Estadísticas y de los médicos y enfermeras de los consultorios auxiliados de la Historia de salud familiar.

Una vez ubicados los posibles participantes, se procedió a evaluar otros criterios de selección, y dado que estos se hacían específicos para cada grupo, se presentan de manera separada.

Grupo 1: Prestadores de los servicios de salud

Tener un año o más de trabajo ininterrumpido en el consultorio médico, en consultas especializadas, o en servicios relacionados con la atención a la población de 60 años y más.

Grupo 2: Usuarios de los servicios de salud (personas de 60 años y más)

Para la selección de los usuarios de los servicios de salud se le pidió a la dirección del área de salud escogida que señalara los consultorios en cuyo territorio residiera la mayor cantidad de personas que tuvieran o sobrepasaran los 60 años, siendo éste, el criterio de inclusión para participar en el estudio.

Ya ubicados los consultorios médicos con la mayor cantidad de adultos mayores residentes en su área y con el apoyo del médico y la enfermera de la familia y de la Historia de salud familiar, se convocaron a los usuarios para los lugares convenidos, donde se les explicó las particularidades del estudio, la técnica a utilizar y se solicitó el consentimiento informado. De esta forma se reclutaron los participantes en los servicios de salud.

Es importante comentar, que dadas las referencias brindadas por algunos usuarios y prestadores, luego de realizadas las primeras sesiones de grupos focales, se pudo

conocer que existen adultos mayores que no utilizan o no acuden con frecuencia a los servicios de salud, por lo que se decidió visitar algunos espacios comunitarios a fin de reclutar a estas personas, y realizar sesiones de GF que permitieran explorar las percepciones de estos participantes con relación a la atención de salud que a ellos se les brinda, e identificar las razones por las cuales no asisten a estos servicios.

Como criterios de exclusión, se decidió no considerar en el estudio a los usuarios que presentaban limitaciones mentales, auditivas y/o para la expresión oral, toda vez que ello atentaba contra los requerimientos metodológicos de la técnica utilizada (GF).

Grupo 3: Directivos del sector salud

En el caso de los directivos del sector salud se consideraron aquellos cuyas funciones se realizaban a nivel municipal, incluyéndose además, los que se desempeñan como jefes de programas nacionales y provinciales. No obstante, además del criterio antes expuesto, el participante debía: poseer dos o más años de experiencia como directivo del sector, en cualquiera de sus niveles.

Grupo 4: Directivos de otros sectores sociales

A partir de la consideración de que la atención al fenómeno del envejecimiento demográfico no es exclusivo del sector salud, se consideró pertinente conformar un cuarto grupo de participantes, integrado por directivos de otros sectores; como: Deportes, Cultura Física y Recreación; Educación; Cultura; Transporte; Comercio y Gastronomía, y Trabajo y Seguridad Social.

Como criterio para seleccionar a los participantes de este grupo, se consideró: poseer dos o más años como directivo en uno de los sectores antes mencionados.

Selección de los participantes para cada grupo.

Para definir los participantes por cada grupo, se tuvo en cuenta la naturaleza metodológica sobre la que se construyó el estudio (o sea, más que considerar el número

de participantes, interesaba la calidad y cantidad de la información que se obtendría), por lo que la selección de los participantes se realizó en función de las técnicas utilizadas. El proceso de selección de los participantes se concluyó con el alcance de la saturación de la información, o sea cuando el discurso se hizo reiterativo y no aportaba algo nuevo.^{89, 90, 92, 96, 97}

Para el desarrollo y análisis de las EP y de los GF, se utilizó una Hoja de Datos Personales (Anexos 2,3,4).

2.3. Técnicas para la recolección de la información

Según refieren Taylor y Bogdan,⁹¹ el lenguaje es el medio fundamental, por el cual la actividad interpretativa de las personas puede ser observada, pues representa la acumulación de significados y experiencias de los individuos sobre fenómenos y procesos de sus propias realidades. Por ello, en el presente estudio se utilizaron las EP y los GF como técnicas principales de investigación, mientras que la OP y la RD actuaron como técnicas complementarias.^{89, 90, 92, 96-98} A continuación se detalla cómo se procedió con cada una de ellas:

Grupos focales

Las sesiones de GF se realizaron con los prestadores (G-1) y con los usuarios (G-2) de los servicios de salud.

Esta técnica resultó muy útil para la realización del estudio pues la aplicación de la misma descansa en el principio metodológico fundamental de “dejar hablar” a los participantes y de “escucharlos activamente”, para poder generar nuevas interrogantes que permitieran aproximarse con mayor claridad a la problemática en estudio; por lo que se partió del supuesto de que en los discursos de los participantes es posible identificar un orden subyacente, una lógica que lo estructura, le da cuerpo y sentido específico.^{88, 89}

Además, permite identificar la representación social de un grupo sobre un problema o fenómeno, obteniendo un equilibrio entre criterios de consenso y disenso.

Las sesiones de GF tuvieron una duración aproximada de una hora y 30 minutos, y el número de participantes por cada sesión osciló entre 7 y 10 individuos.⁹⁷

Para éstos, la investigadora principal y moderadora contó con la ayuda de un observador-anotador, cuyo papel fue el de atender los medios de grabación utilizados, así como estar al tanto del proceso, es decir, el orden de intervención de los participantes y el lenguaje extra-verbal que mostraron en el curso de la discusión (cansancio, agitación, estados de ánimos, aprobación o desacuerdo con los temas que se trataron, entre otros, de todo lo cual se realizaron anotaciones).

Durante la conducción de los GF la investigadora se apoyó en una guía temática (Anexos 5 y 6) la que contenía los diferentes temas a abordar en la sesión. Las sesiones fueron realizadas en su mayoría en consultorios, en horario opuesto al de consultas (para no interferir o ser interferidos por éstas), y sólo en dos casos se realizaron en locales disponibles en el policlínico.

Respecto al desarrollo de los GF con el grupo de prestadores (G-1) la información comenzó a saturarse a la altura del GF 11, por lo que se decidió realizar una sesión más por si aparecía alguna temática emergente (aun no considerada), y como ello no ocurrió se concluyó el trabajo de campo con la realización de 12 sesiones de GF.

En el caso de los usuarios (G-2) no sucedió lo mismo, en la medida que se realizaban más discusiones de GF la información que de ellos se obtenía aportaba elementos nuevos y emergía de los propios discursos de los entrevistados planteamientos alusivos a otros actores que también calificaban dentro de este grupo de edad y que por disímiles razones no acudían con frecuencia a los servicios de salud, por ejemplo estado de salud satisfactorio para su edad, otras ocupaciones laborales como el cuentapropismo, adultos mayores viviendo solos y con dificultades para trasladarse a las instituciones de salud,

entre otros. Por estas razones se decidió acudir a los espacios comunitarios en busca de otros testimonios.

Merece destacar que si bien resultó fácil el reclutamiento de los usuarios de los servicios con la ayuda de los prestadores de salud y de los líderes de la comunidad, en el caso de los adultos mayores que se captaron en los espacios comunitarios la actividad se hizo más compleja, debido a la dinámica propia de estas personas y a la dispersión de los escenarios. Aun así fue posible realizar seis sesiones de GF (uno por cada municipio). La saturación de la información se alcanzó luego de la realización de 18 sesiones de GF.

Entrevistas en profundidad

Las EP fueron utilizadas con los grupos G-3 y G-4. Éstas se utilizaron para obtener información de forma oral y personalizada sobre acontecimientos vividos y aspectos subjetivos de los informantes en relación al fenómeno de estudio; además, añadió la perspectiva de los sujetos dentro de su contexto y expresada con sus palabras, lo cual contribuye a comprender su realidad.^{88, 90, 92}

Las EP fueron realizadas en espacios y momentos convenientes entre los entrevistados y la investigadora, de manera que primara un ambiente cómodo, agradable y de privacidad para ambos.

En cuanto a su extensión temporal, éstas tuvieron una duración aproximada de una hora, y se apoyaron en una guía semi-estructurada de entrevista, creada al efecto, tanto para los directivos del sector salud como para los correspondientes a otros sectores sociales vinculados con la atención a las personas de 60 años y más (Anexos 7 y 8), la que estuvo conformada por preguntas abiertas dirigidas a profundizar en el conocimiento, percepciones, y actitudes de los entrevistados sobre el tema de estudio.

La guía se fue complementado y refinando a medida que progresaba el trabajo de campo,^{90, 92} y su estructura se dividió en cuatro secciones, a fin de indagar mejor sobre la problemática en estudio.

La primera se correspondió a una sección de calentamiento, donde se les preguntó a los entrevistados sobre sus percepciones acerca del envejecimiento de la población cubana. Luego le siguió otra sección de profundización, en la cual ya se hablaba concretamente sobre el proceso de envejecimiento de la población y la atención que se le brinda al adulto mayor. En el cierre, se profundizó en lo referente a cómo el sector salud enfrentará esta problemática y por último, se realizaron las conclusiones, en las que se le agradeció nuevamente la disposición de los participantes de responder a las preguntas y se conversó sobre su sentir y sus impresiones durante la entrevista.

En el presente estudio se realizaron 2 EP a directivos del sector salud de instancia nacional y provincial respectivamente, se entrevistaron además a los 6 directivos municipales de los municipios seleccionados (directores y/o vicedirectores) y a los 6 directores y/o vicedirectores de las áreas de salud correspondientes, siempre que cumplieran con el criterio de inclusión. Es de señalar que ninguno de estos directivos estaba especializado ni entrenado en Geriatría.

Se entrevistaron además a 6 Jefes de Grupo Básico de Trabajo (JGBT) de las áreas de salud seleccionadas (que cumplían con los criterios de inclusión) porque aún quedaban interrogantes sobre la atención en salud a las personas de 60 años y más, ocasionadas en alguna medida por las diferencias geográficas, las características propias de cada municipio, diferencias en métodos y estilos de dirección y la autonomía propia de cada municipio. Con la realización de 20 EP a directivos del sector salud y de seis a directivos de otros sectores sociales se alcanzó la saturación de la información.

Revisión documental

Con el objetivo de conocer las directrices, programas, leyes y resoluciones que rigen el trabajo del MINSAP a nivel nacional y lo establecido en los programas rectores para la atención a este grupo poblacional, se analizaron (bajo criterios de revisión) (Anexos 9 y 10), algunos de estos documentos, por considerarse normativas de suma importancia; a saber:

1. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, el cual tiene como propósitos 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, la comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.⁹⁹
2. Programa del Médico y la enfermera de la familia, el cual tiene como objetivo contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, teniendo en cuenta los componentes, instrumentos y ejes conductores de la APS, así como los principios de la Salud Pública y las particularidades de la Medicina de la Familia cubana.¹⁰⁰
3. Carpeta metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina familiar en su acápite 31 (página 90) donde se plantea la necesidad de crear en el primer nivel de atención, el Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG), que garantiza la atención integral al anciano frágil y en estado de necesidad, brindando la atención especializada a través de un proceso de evaluación e intervención geriátrica con participación intersectorial que se complementan con las acciones del EBS para completar la atención y enfrentar la problemática de los adultos mayores.¹⁰¹

4. Programas de formación de recursos humanos en salud

- Programa de estudios de la carrera de Medicina.¹⁰²

Según programa, la carrera se realiza en un término de seis años, con diez semestres y un año final de práctica pre profesionalizante (internado). En los cuatro semestres iniciales se imparten las asignaturas: Introducción a la MGI, Promoción de Salud, Prevención en Salud, Medicina Comunitaria y en el décimo semestre Medicina General Integral.

Como perfil del egresado se plantea que será un Médico General (MG), quien se desempeñará durante un período de tiempo como un médico a cargo de varias familias, la comunidad, los individuos y por tanto, se le identifica como médico de familia en comunidades urbanas, rurales, centros laborales, educacionales y recreativos.

- Programa de formación de la residencia en Medicina General Integral.¹⁰³

Tiene en su fundamentación que el médico general integral es un especialista de amplio perfil capaz de garantizar la atención a la población asignada sin distinción de edad o género, con un enfoque integrador de los aspectos biológicos, sociales, psíquicos y ambientales, con acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Según programa, la residencia tiene una duración de 2 años y consta de 29 módulos.

Observación participante

Con la finalidad de observar las actividades cotidianas en los servicios de salud, en la comunidad, y de las personas que en ella viven, se realizaron seis sesiones de OP, con una duración aproximada de una hora y treinta minutos, de manera que se pudiera obtener una visión desde adentro, es decir, comprender las razones y el significado de

las costumbres y prácticas, tal y como los individuos y grupos estudiados las entienden y realizan.^{91, 98}

Esta técnica se aplicó en áreas de consultas, salas de espera y espacios comunitarios y estuvo dirigida a observar la dinámica en el proceso de atención a los usuarios de los servicios: tiempo de espera para ser atendidos, dinámica comunicacional, condiciones estructurales de las diferentes instituciones para la atención a este grupo poblacional, distribución de turnos, prioridad o no de éstos para ser atendidos, trato y manejo del personal del sector para con estas personas, actividades en la comunidad, entre otras, para de esta forma registrar la conducta de los actores según los propósitos de la investigación.

La técnica fue realizada por la autora y otro observador entrenado para ello, multiplicando así las sesiones de trabajo y prolongando el tiempo de observación, de manera que se logró registrar la dinámica, interacciones, y relaciones entre proveedores y usuarios, con el apoyo de una guía de observación (Anexo 11). Al finalizar cada sesión de trabajo, ambos observadores cotejaron sus registros para de esta manera unificar las consideraciones sobre el trabajo realizado.

2.4 Procesamiento y análisis de la información

El análisis interpretativo de esta investigación estuvo basado en las explicaciones verbales de los directivos, prestadores y usuarios, toda vez que el lenguaje que usan los individuos en la vida cotidiana es el medio por excelencia para transmitir significados.^{89,}

91

Así, el proceso de análisis se llevó de forma simultánea a la recolección de la información para que permitiera alertar a la investigadora sobre el momento en el que se alcanzaba la saturación de la información, para de esta forma poner fin al trabajo de campo.

Inicialmente, la información obtenida con los GF y las EP, fue transcripta textualmente, y enriquecida con las anotaciones de campo realizadas por la entrevistadora y el observador, de manera que se pudiera contar con una mayor cantidad y calidad de elementos que facilitaran el análisis de la información, pues como subraya Martínez⁹⁶ al citar a Schleiermarcher (1967): “...la información nos llega desarraigada de su mundo original, y pierde por lo tanto, su significatividad; por ello sólo puede comprenderse a partir de ese mundo, de su origen y su génesis”.

En la presente investigación, el análisis de los datos se realizó a través del método hermenéutico de análisis sociológico de discursos, sustentado en la técnica del “círculo hermenéutico” propuesta por Dilthey (citado por Ruiz)⁸⁹, en la que el movimiento del pensamiento comprensivo va del todo a las partes y de las partes al todo, convirtiendo el análisis en un proceso dialéctico en sí.⁸⁹

Es significativo destacar, que si bien el análisis de discursos ha sido un método tradicionalmente ligado a los estudiosos de la lingüística (en aras de explicar rasgos léxicos, gramaticales y/o argumentativos, entre otros), en el presente estudio estuvo impregnado de una visión más sociológica, en la que el discurso dejó de ser el objetivo principal del análisis, para convertirse en el medio para realizarlo; pues el mismo se constituye en una forma privilegiada de producción y transmisión del sentido que le otorgan los individuos a sus acciones.^{26, 89, 92, 96, 104, 105}

Desde esta perspectiva sociológica, el análisis de discursos tuvo tres niveles que aunque se encuentran diferenciados entre sí, no operan como fases o momentos separados, sino que ocurren simultáneamente: un análisis textual, en el que se ofrece una caracterización del discurso, centrándose fundamentalmente en el plano del enunciado y considerando al mismo en su dimensión de objeto de estudio; un análisis contextual, que ofrece una comprensión del discurso centrándose en el plano de la enunciación y considerándolo en su dimensión de hecho o acontecimiento singular; y un análisis interpretativo, el cual proporciona una explicación del discurso centrándose en el plano sociológico y considerando el discurso en su dimensión informativa e ideológica.⁸⁹

La primera operación del análisis comenzó con la transcripción textual de los discursos grabados, procediéndose primero a hacer una descripción de todos los elementos no verbales (silencios y su duración, modulaciones y énfasis utilizados, gestos significativos de la expresión, entre otros) recogidos durante las EP o sesiones de GF y la OP, para adicionarlos a la transcripción textual de los discursos orales.

Luego, con la ayuda de un software diseñado para el análisis de material cualitativo y en aras de ir reduciendo los datos, se inició un proceso de descomposición o fragmentación del texto en unidades constitutivas o unidades de sentido, las que se iban exponiendo a un proceso de codificación que se centraba (en sus inicios) en los temas o tópicos tratados en el discurso, lo que permitió una caracterización de los mismos como: tiempo dedicado a cada uno de ellos, relaciones establecidas entre los distintos temas o su modo de aparición ya fuera sugerida o espontánea, entre otras; continuando con un análisis semiótico que problematiza entre el discurso y el lenguaje utilizado para producirlo.

La semiótica es la instancia donde "algo significa algo para alguien" y es por lo tanto portador de sentido.⁸⁹ De esta manera se realizó el análisis textual atendiendo a su corriente semiótico formal, la que centró su atención en los efectos de sentido del discurso en el plano de la enunciación, aportando una primera consideración del contexto en el que el discurso es producido y en el que actúa. Aquí se atendió a las propiedades internas y los recursos retóricos que contenían los discursos, tales como: tiempos verbales, modalidades del lenguaje, léxicos utilizados, figuras retóricas (metáforas y metonimias), y las formas sintácticas, permitiendo el establecimiento de categorías y subcategorías, siempre observando puntos clave y la medida en que éstos se constituían en mecanismos generadores, constrictores o liberadores de sentido.^{89, 96}

En un segundo momento, el análisis dirigió la atención hacia el contexto (análisis contextual), interesándose éste por el espacio en el que el discurso ha surgido y en el que adquiere sentido, a partir de un universo simbólico determinado y con intensiones discursivas propias o sea, se atendió a las interacciones y a los procesos dialógicos

implicados en la producción de sentido, tales como: quien lo produjo, en qué circunstancias, con qué propósito, y cómo se produjo.^{89, 96}

El nivel contextual del análisis permitió comprender el sentido del discurso para quienes están implicados en su producción, centrándose en la interpretación que de los discursos realizan los sujetos implicados, en las situaciones sociales en las que surgieron y en los campos discursivos en los que se proyectan.^{89, 96} Para alcanzar lo anterior, se recurrió a dos procedimientos necesarios: al análisis de posiciones discursivas y el análisis conversacional.

El análisis de posiciones discursivas permitió lograr una primera conexión concreta entre los discursos y el espacio en que el mismo surgió. Así se pudo entender los papeles discursivos típicos socialmente definidos que adoptaban los actores a partir de sus propios discursos; mientras que con el análisis conversacional, se pudo identificar las interacciones comunicativas cotidianas como un proceso de negociación del sentido pues los sujetos no sólo dicen cosas, sino que también hacen cosas. Y una de las cosas más importantes que los sujetos hacen con el lenguaje es la definición de las situaciones en las que se encuentran.^{89, 96, 105}

Dentro del análisis contextual, no sólo el espacio situacional en el que se produjeron los discursos fue la diana del interés analítico del presente estudio, sino que también se hizo necesario realizar un análisis intertextual, es decir, valorar el universo simbólico (cultural y social) en el cual los discursos adquieren sentido.⁷⁹

En este tipo de análisis intertextual se realizó un rastreo en el discurso a fin de identificar la presencia de elementos discursivos adoptados de otros discursos, puesto que los sujetos muchas veces recurren a discursos ajenos que circulan socialmente, para elaborar los suyos.⁷⁹

Por último, se llegó al tercer nivel de análisis: la interpretación sociológica, momento en el que se recupera nuevamente el universo discursivo, pero de manera reorganizada, lo

cual permitió la interpretación del mismo desde su dimensión informativa, y como un reflejo de las ideologías de los sujetos que los sostienen, puesto que los actores, por el hecho de estar involucrados y en contacto con la realidad social, disponen de un conocimiento sobre la misma, y lo expresan desde sus propios puntos de vista, desde sus modos intersubjetivos de percibir el mundo y de posicionarse en él.⁷⁹

En esta investigación los resultados muestran datos que se fueron transformando desde un nivel descriptivo hasta llegar al nivel interpretativo, para lo cual se hizo necesario realizar combinaciones entre ellos e integración de los mismos. Un aspecto de especial importancia durante el proceso de análisis lo constituyó la triangulación de datos, que es el hecho de recurrir a diferentes fuentes y métodos de recolección de datos que permitiera dar un carácter de sistema al fenómeno objeto de estudio.^{26, 89-92, 95, 97, 105}

Se realizó la triangulación de las diferentes fuentes: el discurso de los actores (categorías y núcleos de significados) obtenido a través de los GF y de las EP y lo registrado durante las observaciones y en los diferentes documentos y directrices revisados, además de la información obtenida por los investigadores, con el objetivo de encontrar los puntos de encuentros y desencuentros entre los mismos.^{26, 89-92, 95, 97, 105}

Con este método se logró la reconstrucción de los significados y percepciones que tienen los actores que participaron en el estudio sobre el envejecimiento demográfico así como de las posibilidades que existen y las dificultades que presenta el sector salud para atender a este grupo poblacional.

2.4. Consideraciones éticas

Durante todo el estudio se respetaron los aspectos éticos que exige la investigación científica con sujetos humanos acordados en la Declaración de Helsinki¹⁰⁶ donde se plantea que la participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad. Las personas competentes no deben ser incluidas en un estudio, a menos

que acepten libremente. Así mismo plantea que deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

Teniendo en cuenta lo planteado en dicha declaración en la presente investigación se tomó como premisas fundamentales la confidencialidad de la información y la no revelación de la verdadera identidad de los actores participantes ni de las instituciones, otorgándoles a los mismos un código como nomenclatura personal y/o institucional. La verdadera identidad sólo es conocida por la autora de este trabajo.

Así mismo, se respetó el derecho voluntario de participar o no en la investigación, se le explicaron los objetivos del estudio, lo que se requería de ellos, así como se les enfatizó en su completa libertad para abandonar el mismo en el momento que lo desearan sin que esa decisión pudiera tener consecuencias negativas para ellos, todo como parte del desarrollo de un riguroso proceso de consentimiento informado.

Aparejado a estas explicaciones se les entregó el Modelo de Consentimiento Informado a los participantes (Anexos 13 y 14), en el que se describen los aspectos antes mencionados y se solicitó la autorización de las instituciones participantes (Anexo 1).

Consideraciones finales del Capítulo II

El diseño metodológico descrito y la aplicación de técnicas cualitativas como las EP, GF, OP y RD constituyen una poderosa herramienta para obtener información valiosa sobre las demandas de atención en salud al adulto mayor.

El análisis sociológico de discursos permitió, más que el objetivo principal del análisis, el medio para realizarlo, pues el mismo se constituye en una forma privilegiada de producción y transmisión del sentido que le otorgan los individuos al accionar de sus propias vidas.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen los resultados de la investigación, en articulación con la discusión de los mismos, siempre a la luz de lo reportado por otros autores (tanto nacionales como internacionales) y las consideraciones propias de la autora.

3.1. Breve caracterización de las y los actores que participaron en el estudio

G 1: Prestadores de servicios de salud

Para este grupo (G-1), la relación entre varones y mujeres mostró un ligero predominio a favor de las mujeres (54 de un total de 97). La edad promedio se ubicó en los 40,8 años, de ellos 53 menores de 45 años. El promedio de años como especialistas es de 11,6 años, con valores mínimos y máximos de 2 y 37 años, respectivamente.

Cuadro 8: Prestadores de los servicios de salud según sexo y especialidad.

Especialidad	Varones	Mujeres	TOTAL
MGI (Especialistas y/o residentes)	25	30	55
EGI (Especialistas)	2	3	5
Geriatría (especialistas)	2	2	4
Fisiatría (especialistas)	3	1	4
Cardiología (especialistas)	1	3	4
Oftalmología (especialistas)	1	3	4
Medicina Interna (especialistas)	1	1	2
Epidemiología (especialistas)	2	0	2
Laboratorio clínico (especialistas)	1	1	2
Prótesis (especialistas)	1	1	2
Optometristas (técnicos)	1	1	2
Enfermeras/os (licenciadas/os)	3	8	11
TOTAL	43	54	97

Grupo 2: Usuarios de los servicios de salud

Cuadro 7: Usuarios de los servicios de salud según sexo y grupos de edades.

Grupos de edades	Varones	Mujeres	TOTAL
60-69	21	41	62
70-79	23	65	88
80 y más	8	7	15
TOTAL	52	113	165

Cuadro 8: Usuarios de los servicios de salud según situación ocupacional.

Situación ocupacional	Varones	Mujeres	TOTAL
Trabajadores	23	18	41
Jubilados	28	37	65
Vinculados después de Jubilados (Reincorporado Laboral)	16	13	29
Peritados	4	6	10
Amas de Casa	-----	20	20
TOTAL	71	94	165

Para este grupo (G-2), la relación entre varones y mujeres mostró un ligero predominio a favor de las mujeres (94 de un total de 165), siendo los jubilados los de mayor participación.

Grupo 3: Directivos del sector salud

Cuadro 6: Directivos del sector salud según cargo, nivel de desempeño y entrevistas realizadas.

Cargo según sectores de desempeño	Entrevistas realizadas
Jefe de Programa nacional	1
Jefe de Programa provincial	1
Director o Subdirector municipal	6
Director o Subdirector de policlínicos	6
Jefes de Grupos Básicos de trabajo	6
TOTAL	20

La mayoría de estos directivos (17 de un total de 20) eran menores de 50 años y en igual proporción, las mujeres superaron a los varones.

Grupo 4: Directivos de otros sectores sociales

Cuadro 9: Directivos de otros sectores sociales según nivel de desempeño y entrevistas realizadas.

Cargo según sectores de desempeño	Entrevistas realizadas
Directivo de Educación (instancia superior)	1
Directivo de Deportes (instancia superior)	1
Directivo de Cultura (instancia superior)	1
Directivo de Comercio y Gastronomía (instancia superior)	1
Directivo de Trabajo y Seguridad social (instancia superior)	1
Directivo de Transporte (instancia superior)	1
TOTAL	6

La mayoría de estos directivos (4 de un total de 6) eran menores de 60 años y en igual proporción, las mujeres superaron a los varones.

En el estudio participaron 288 personas, distribuidas de la siguiente manera: 97 prestadores, 165 usuarios y 20 directivos del sector salud, además de 6 directivos de otros sectores sociales vinculados con la atención a las personas de 60 años y más.

3.2. Reconstrucción de significados, más allá del discurso de los actores

Para comprender los significados que para los actores tiene el envejecimiento, así como los eventos que se derivan o se entrelazan en éste, se ubicó el tema en el contexto social en el cual transcurren sus vidas, dado que los individuos cuentan con una capacidad interpretativa resultante de la interacción social, que le sirven de supuestos básicos, para interpretar sus circunstancias y atribuir sentido a sus formas de pensar y actuar.⁹¹

El proceso de construcción de significados de las y los entrevistados se ve influenciado por el papel que cada uno juega dentro de la sociedad en relación con el tema de estudio: para los directivos, sus discursos tienden a estar construidos en un sentido pre-elaborado, matizado por los elementos y directrices políticas que rigen su actividad, y los prestadores expresan una posición de agobio por el exceso laboral y las limitaciones de recursos para

brindar sus servicios, los usuarios se posicionan “como entes pasivos del proceso” para recibir la atención que le dediquen.

Dado el carácter inductivo que posee la metodología cualitativa de investigación, fue posible identificar categorías y subcategorías analíticas, que emergieron de los testimonios de los participantes como resultante de un riguroso proceso de análisis de los discursos, lo que permitió organizar la presentación de los resultados.⁸⁹

En el siguiente cuadro se resumen las categorías y subcategorías devenidas del análisis realizado, las cuales se presentan y discuten en el presente capítulo.

Cuadro 8: Categorías y subcategorías devenidas del análisis interpretativo.

Categorías	Subcategorías
El envejecimiento como un reto	<p>1. Percepciones en torno al envejecimiento Conjunto de creencias y significados asignados al envejecimiento por parte de los diferentes actores considerando la edad y la posición que ocupan dentro del sistema sanitario.</p> <p>2. Impacto del envejecimiento en el sistema sanitario Percepciones de los actores, sobre las implicaciones que ellos le atribuyen al envejecimiento y su repercusión en el sistema de salud.</p>
Envejecimiento versus estado de salud	<p>1. Demandas en salud más allá de la presencia de enfermedades Percepciones sobre el estado de salud, más allá de lo estrictamente biológico, relacionado con el sentir de los propios individuos.</p> <p>2. Los factores económicos como moduladores de la salud de los adultos mayores Percepciones sobre la influencia que los actores le atribuyen a los factores económicos como condicionantes de la salud de los adultos mayores expresados como satisfacción de necesidades: alimentación adecuada, cuidado, transporte, recreación, entre otros).</p> <p>3. La sociedad y la familia como pilares fundamentales en el mantenimiento del estado de salud de los adultos mayores Percepciones y modo en que se percibe el papel de la familia y la sociedad en el reconocimiento y valoración de la ancianidad y su contribución al mantenimiento del estado de salud y la calidad de vida de los adultos mayores</p>

El sector salud ante el envejecimiento demográfico Valor y reconocimiento otorgado a las posibilidades y/o dificultades con las que cuenta el sector salud para atender las demandas de atención en salud de la población de adultos mayores	<p>1. Posibilidades del sector salud Se identifican la existencia de diversos programas, políticas y estrategias del sistema sanitario cubano como posibilidades del sector para atender el envejecimiento demográfico.</p> <p>2. Dificultades y/o brechas del sector salud Se expresan las percepciones de los actores implicados sobre dificultades y/o brechas del sistema sanitario cubano que interfieren en la atención a las demandas de salud de la población anciana.</p> <p>3. Necesidades sentidas de los usuarios Percepciones de los actores implicados sobre el papel que juegan las necesidades sentidas de los usuarios para la elaboración de políticas, estrategias y la toma de decisiones para la atención a los adultos mayores.</p> <p>4. Gestión intersectorial Percepciones sobre el conocimiento y el uso adecuado y eficiente de las gestiones intersectoriales para dar solución a los problemas de salud de este grupo poblacional.</p>
--	---

3.2.1. El envejecimiento demográfico “como un reto”: significados y su impacto en el sistema sanitario.

El envejecimiento es uno de los procesos de la vida que más ha motivado el debate de los científicos sobre todo en los últimos años. Éste ha ganado intensidad a escala mundial y las naciones necesitan tomar decisiones para planificar y redistribuir sus recursos, a fin de poder enfrentar este fenómeno poblacional.^{5, 11, 19-21, 108-112}

Al preguntarle a los entrevistados sobre los significados que ellos le atribuyen al envejecimiento, la mayoría de éstos lo percibió como “*un gran reto*”. Al respecto algunos testimonios expresan:

“Bueno arribar a la tercera edad es un privilegio de toda persona, porque se supone que atrás se quedó una vida de mucho trabajo, de estudio, de vida cotidiana, de tener hijos, sobre todo la mujer y es un privilegio llegar a la tercera edad con una salud relativa y entonces poder hacer las funciones propias de una persona de la tercera edad, o sea si ya terminaste de trabajar porque ya llegó tu edad de jubilación”

seguir siendo útil en cualquier rama de la sociedad o de la comunidad o en función de otros adultos mayores o de otras personas de ese mismo grupo, comprende, o sea es un privilegio con una buena salud, mental, biológica y social” (Directiva, G-3, 53 años).

(...) si en verdad, es un reto, porque después de pasar por tantas adversidades que te impone la vida, la sociedad, los problemas económicos (...) llegar a viejo es un gran reto... (Directivo, G-3, 41 años).

“... es un reto también por cualquier tipo de enfermedad que pueda presentarse o lo que nos depare la vida” (...) yo pienso que cuando uno llega a la ancianidad, ya se suman muchos factores de riesgo por diversas situaciones, por las que hemos tenido que pasar...” (Prestadora, G-1, 43 años).

“Mire, por ejemplo, yo mismo, hasta ahora no he podido tener hijos, y creo que por determinadas razones no los tendré (...) le he dicho a mi familia que cuando llegue el momento me internen en un hogar de ancianos, digo, si es que existen para entonces, pues por lo que se ve ahora, ya usted sabe...” (Prestador, G-1, 56 años).

Para los directivos y los prestadores la referencia “al reto” es negativa, mostrando dos acepciones interpretativas diferentes: mientras una se dirige a las condiciones biológicas con las cuales se arriba a la ancianidad (deterioro físico, mental, presencia de enfermedades), la otra refiere a la presencia de diversos factores socioeconómicos contemporáneos en el ámbito nacional (más no exclusivamente), que influyen de manera determinante en la situación y calidad de vida de los adultos mayores, como podrían ser las condiciones económicas y el papel del anciano en el medio social y familiar.

Al constituirse el envejecimiento demográfico en una situación en franco aumento en Cuba, no se vislumbra en el discurso de los directivos referencias (directas o indirectas) al reto que constituiría para el sector salud y para ellos en su condición de dirigentes, la existencia de éste.

Esta ausencia referativa de los entrevistados sobre el rol que les corresponde jugar desde su posición como decisores del sector salud y de otros sectores sociales, en la formulación de estrategias para la toma de decisiones oportunas y adecuadas para enfrentar el envejecimiento, podría interpretarse (aunque no se tiene una total evidencia de ello) como que en sus percepciones no han incorporado las dimensiones, impactos y consecuencias que trae aparejado este fenómeno demográfico para el futuro del país y en particular las exigencias que impone para el sector de la salud

Para los prestadores los significados sobre el envejecimiento devienen de una construcción netamente vivencial, sustentada en que son ellos los que contactan casi a diario con los adultos mayores, y de tal manera, deben atender y dar soluciones a las demandas que en materia de salud pudieran tener estas personas.

Cuando la pregunta se les dirige a los adultos mayores, el valor simbólico de “el reto” adquiere un matiz diferente. Para muchos el envejecimiento es percibido como un proceso positivo, que a su vez apunta a dos direcciones casi paralelas: por un lado aparece como una batalla ganada al haber logrado acumular años en sus vidas, y por el otro, es haberlo conseguido aún de las múltiples adversidades por las que pudieron haber atravesado:

“Pues yo diría que es una cosa bellísima, que es una suerte llegar a viejo, es ver a su familia, que se ha hecho a través de la vida, todas las edades tienen sus encantos. Yo creo que es una suerte que nosotros lleguemos a viejo, uno tiene que llegar a viejo para contar esto. Esto es una acumulación de experiencias” (Usuaria, Ama de casa, 84 años, G2, Servicios de Salud).

“Yo pienso que la vejez es el resultado de una vida, es importante para tener una vejez plena trazarse un proyecto de vida para cuando lleguemos a ese momento, porque se da el caso de las personas que no se aceptan con la vejez es precisamente porque no se han preparado para ello” (Usuaria, Trabajadora, 76 años, G2, Servicios de Salud).

“...pues yo me siento como un niño (...) estoy fuerte como un toro (ríe)...” (Usuario, Jubilado, 66 años, G2, Servicios de Salud).

“...independientemente de que yo tengo una pila de enfermedades, me considero con salud...” (Usuario, Jubilado, 64 años, G2, Servicios de Salud).

No obstante, para otros:

“...llegar a viejo es tener achaques, enfermedades, sentirse mal (...) porque uno necesita la compañía de un familiar porque ya en las condiciones que uno está no puede estar solo...” (Usuario, Jubilado, 76 años, G2, Servicios de Salud).

Al decir de los usuarios, el sentirse “bien” o “mal”, “viejo” o “joven”, “sano” o “enfermo” no es una condición que se encuentre ligada necesariamente a la edad cronológica del individuo, sino que la vivencia positiva o negativa del envejecimiento se debe más a la influencia de múltiples factores.⁹⁷⁻¹⁰¹ Sin embargo, desde el referente de directivos y prestadores se observa un sentido discursivo que relaciona de manera directa el incremento de la edad con la presencia de enfermedades.

Hasta aquí se puede concluir, que las perspectivas sobre el envejecimiento son diferentes en tanto diferentes sean los actores implicados, incluso al interior de un mismo grupo, también se pueden observar divergencias de acuerdo al nivel de implicaciones que tengan los actores, el encargo social con el que se encuentran identificados, la edad, entre otros.

3.2.2. El envejecimiento de la población versus estado de salud

3.2.2.1. Demandas en salud, más allá de la presencia de enfermedades.

En muchos casos la ancianidad llega aparejada a la presencia enfermedades, pero ello no debe interpretarse como algo absoluto; es necesario reconocer que en la mayoría de los casos, éstas aparecieron a edades mucho más tempranas, debido fundamentalmente a estilos de vida insanos, presencia de factores de riesgos, condiciones hereditarias, entre

otros, las que con el devenir de los años, y en dependencia del control y tratamiento seguidos, han permitido la aparición y/o progresión de diferentes complicaciones.

Sobre ello, hacen referencias algunos actores:

“Uno dice, el viejito está enfermo, es diabético, hipertenso, cardiópata... pero se olvida que cuando joven era obeso, comía cualquier cosa, fumaba, bebía, fiestaba, y entonces, diga usted? (Prestadora, G-1, 45 años).

“yo si gocé la papeleta... (ríe)...comí buenas comidas, bebí y aun lo hago, fumo, bailé mucho y ahora bueno pues que me quiten lo bailao...” (Usuario, Jubilado, 76 años, G2, Servicios de Salud).

Pero el “problema” en torno al estado de salud de las personas de 60 años y más, no está dado solamente por la existencia de enfermedades crónicas, sino también por la interconexión que existe entre la salud de las personas y los diversos factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden funcionar como condicionantes y modificadores de dicho estado de salud.¹¹³

“Salud, partiendo del hecho de lo que es el concepto, es una integridad bio-psico-social, y me parece que los adultos mayores no la tienen, porque uno de los eslabones siempre falla, si el anciano llega bastante saludable, pues hay otros casos del concepto como tal que no funcionan que es la parte afectiva o la parte social, la parte económica, siempre una de las esferas falta, por lo tanto no hay una salud integral” (Directiva ,G-3, 46 años).

La salud, es un proceso dinámico y complejo que se deriva de la relación intrínseca y extrínseca que se establece entre factores de tipo, biológicos, psicológicos y sociales; donde los mismos sólo pueden aislarse desde el punto de vista teórico para su estudio.²⁵

¹¹³⁻¹¹⁵ Además, es una dimensión cargada de significados que como sugiere Castillo¹¹⁶

debe ser interpretada como un estado de percepción de lo que es estar enfermo o saludable.

Según plantea Vidal¹¹⁷ hay personas que pueden sentirse muy sanos aun de saber que tienen alguna enfermedad, o por el contrario, pueden consultar al médico a partir de alguna dolencia, y los especialistas luego de realizar los exámenes correspondientes concluir que el individuo aparentemente "no tiene nada". De esta manera, el sentirse sano o enfermo es una cuestión de apreciación, que va más allá de lo estrictamente biológico, deviene del "sentir del propio individuo".¹⁰²⁻¹⁰⁴

"...pues yo me siento como un niño (...) estoy fuerte como un toro (se ríe)..."
(Usuario, Jubilado, 66 años, G2, Servicios de Salud).

"...independientemente de que yo tengo una pila de enfermedades, me considero con salud..." (Usuario, Jubilado, 64 años, G2, Servicios de Salud).

Según Contandriopoulos,²⁵ los fenómenos de la enfermedad y de la salud no son independientes, sino que son indisociables: la enfermedad no es lo contrario de la salud, ambos conceptos son complementarios.²⁵

El sentirse "viejo" o "joven" a pesar de la edad cronológica, depende de las condiciones por las que se ha transitado durante la vida: estado de salud, nivel educacional alcanzado, condiciones de vida, que van desde tenencia de una vivienda confortable y habilitada con los elementos indispensables, la convivencia o no con otras personas (cónyuge u otras generaciones) donde prime la armonía en las relaciones interpersonales, el apoyo, la ayuda y la comprensión, la realización personal en cuanto al logro de las aspiraciones laborales, al establecimiento y consolidación de la familia, a la tenencia o no de hijos y a la ruta que éstos han tomado en sus vidas, así como a la personalidad del individuo y su visión ante la vida.¹⁰²⁻¹⁰⁴

Cuando se necesita actuar sobre la salud, las intervenciones deben estar enfocadas sobre el ambiente en el cual interactúan los individuos, sea éste físico (ambiente de trabajo, condiciones de vivienda, salubridad, contaminación), económico y social (pobreza, desempleo, aislamiento, exclusión), en el ambiente cultural (derecho de la persona, educación, acceso a la información y al conocimiento). Cuando se quiere actuar sobre la salud reduciendo la incidencia, la duración, la intensidad o las consecuencias de las enfermedades específicas que sufren los individuos, se debe intervenir sobre el funcionamiento biológico y psíquico de los seres humanos modificando el curso de los diferentes procesos biológicos y psíquicos afectados por la enfermedad.²⁵

La actividad vital del hombre no debe reducirse a los aspectos biológicos, sino que también es una estructura mental y un entretejido social. Es un ser dotado de conciencia y voluntad, es portador de sentimientos, pasiones, estados de ánimos e ideología.¹¹⁸⁻¹²⁰

Los procesos salud-enfermedad son producidos y vividos, tanto en el plano individual, como en el social, lo que genera necesidades individuales y colectivas. Además la salud está ligada a procesos políticos siendo un sustrato fundamental del desarrollo humano y cuando se señala el papel determinante de lo social en el proceso salud/enfermedad no se refiere sólo a lo social en el sentido de las relaciones económicas y/o políticas, sino que se trata de lo social en un sentido más amplio, considerado como toda relación consciente del hombre con su medio externo natural o social que mediatisa, ya sea de forma directa o indirecta, la actividad humana biológica y psicológica.¹⁰²⁻¹⁰⁴

La sociedad impone el modo típico de actuar y la manera de pensar que caracteriza al sistema de relaciones existentes, pero la diversidad de las condiciones de vida y el medio que rodea al hombre se revelan en las particularidades de su propia trayectoria de vida y en la singularidad de las cualidades biológicas y psicosociales de cada individuo.¹⁰²⁻¹⁰⁴

El Programa sobre Envejecimiento y Salud, elaborado por el Grupo de Expertos de la OMS¹²¹ para el tema, plantea que la forma en que se envejece y se vive este proceso (la salud y la capacidad funcional), dependen no sólo de la estructura genética, sino también

y de manera importante, de lo que se ha hecho durante la vida; de los eventos que se han tenido que vivir a lo largo de ella; y de cómo y dónde se han vivido.

“... yo ya tengo 71 años, y gracias a Dios no me siento ni los callos, vine a sacarle un turno a mi nieto y me escogieron para esta actividad” (Usuaria, Jubilada, 71 años, G2, Servicios de Salud).

“yo mismo, casi nunca voy al médico, hasta ahora no lo he necesitado (...) en mi caso, ayudo económicamente a mi familia. A mí me gustaría descansar, pero la vida cada vez está más dura, y gracias a mi negocito ayudo a todo el mundo, incluso a mi hijo que es médico igual que usted...” (Usuario, G-2, Reincorporado Laboral, 69 años, Comunidad).

“yo era fiscal antes de jubilarme, y como en este mundo sólo estamos mi hermana y yo, y no tenemos hijos, me toca a mí cuidarla y atenderla (...) ella si está enferma desde jovencita...” (Usuaria, G-2, Jubilada, 63 años, Servicios de Salud).

“... por suerte hoy mi nieto me pudo traer al médico, él y la novia viven conmigo, él está estudiando y también trabaja (...) yo tengo problemas en la próstata, y tengo un marcapaso...” (Usuario, G-2, Peritado, 80 años, Servicios de Salud).

“Doctora, yo vine con mi vecina, ella me acompaña siempre (...) mi hijo está en el norte. Él, el pobre, me ayuda con dinerito...” (Usuaria, G-2, Ama de Casa, 68 años, Servicios de Salud).

Es opinión de esta autora que envejecer es un proceso complejo y variable, donde su ritmo e intensidad no es el mismo para todas las personas, ni se percibe igual. El individuo nace con una determinada capacidad para mantener la vida, la cual disminuye a medida que avanza la edad, pero ésta se encuentra influenciada por todos los factores del entorno que giran alrededor de la vida de estas personas.

Para entender el significado que tienen los prestadores y directivos sobre el reto de envejecer en estos tiempos, y más específicamente el que deviene de las propias vivencias y experiencias de las y los usuarios, hay que tener en cuenta los diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales que operan alrededor de este proceso, los cuales se relacionan y fluctúan entre sí.

3.2.2.2. Los factores económicos como moduladores de la salud de los adultos mayores.

Desde las formaciones económico-sociales más antiguas ha existido el vínculo de las personas con el trabajo remunerado, donde mientras por una parte lograban satisfacer sus necesidades materiales básicas, por la otra brindaban su aporte al desarrollo de la sociedad.¹⁸

Al analizar los fragmentos discursivos de los entrevistados, éstos expresan que durante la juventud y la adultez, las personas vinculadas laboralmente obtienen como fruto de su trabajo ciertas cantidades de dinero por concepto de salario, pero al arribar a edades avanzadas de la vida, se ven obligados a abandonar su vínculo activo con el trabajo, más no su actividad laboral, y acogerse a la jubilación o pensión, o el beneficio de la asistencia social (para aquellos que no han tenido vínculo laboral); lo que constituye una considerable disminución en la cantidad de dinero percibido (para jubilados o pensionados) en comparación al obtenido en sus años de vínculo laboral activo.

“... ya es una persona que está jubilada y ya no percibe la misma cantidad de dinero (...) ahora la vida le cambió y depende de otras personas o instituciones” (Directiva, G-3, 46 años).

“... la parte económica no le suple ninguna necesidad al anciano y mucho menos si vive solo y no tiene una familia que pueda apoyarlo por lo tanto eso es un aspecto grave...” (Prestadora, G-1, 34 años).

“...muchos ancianitos no trabajan y no tienen una chequera porque el que no trabajó no tiene chequera y muchos que tienen ahora 90 años no trabajaron porque en su época era limpiando una vivienda y eso no cuenta hoy” (Prestador, G-1, 50 años).

“... yo vivo con mi madre que tiene 76 años y ella tiene la pensión de mi papá que falleció hace 9 años (...) su chequera es de 205 pesos, eso sólo le cubre sus medicamentos y algunos gastos elementales (...) lo demás lo cubro yo” (Prestadora, G-1, 52 años).

Jubilarse se convierte en una decisión trascendental cuando las personas se acercan a la vejez, pues ello propone cambiar de estatus,¹⁰¹ lo que implica importantes afectaciones en la adquisición de determinados recursos y servicios (alimentos, vestuario, aseo personal y de la vivienda, peluquería, barbería, materiales de construcción y/o reparación y mantenimiento de las viviendas, necesarios para garantizar una vida plena y saludable a los adultos mayores; lo que trae aparejado, que muchas de estas personas acudan a otras alternativas, cuando su estado de salud lo permita, para compensar esa diferencia monetaria, y se vinculan a otras actividades laborales (estatales o por cuenta propia) que luego de reportarles ganancias, contribuyen a acentuar el deterioro de su salud.^{18, 122}

“yo recojo latas y cartones, y las vendo en materia prima (...) ayudo a mi hija diabética, y de vez en cuando me da pa’ un cañangazo (refiere a un trago de ron) (Usuario, G-1, Reincorporado Laboral, 63 años, Comunidad).

“soy una vieja, pero con mis tamalitos y mi pan rallado, más lo que me mandan mis hijos de afuera, me voy bandeando...” (Usuaria, G-1, Ama de Casa, 75 años, Servicio de Salud).

La alimentación es otro de los factores que influye en el estado de salud de las personas. Se sabe que una dieta inadecuada, sumada a la falta de ejercicios físicos, conduce, entre otras cosas, a enfermedades del corazón, cerebro-vasculares, obesidad, diabetes,

incluso a algunos tipos de cáncer. No es, por tanto, exagerado afirmar que malos hábitos alimentarios pueden traer como consecuencia final una mortalidad prematura.¹²

Las dietas inadecuadas tienen repercusiones en la morbilidad, en la mortalidad, y en los sistemas públicos sanitarios, cuyos gastos pueden verse incrementados, como resultado de la combinación de dos factores: por un lado, el aumento del número de personas mayores, y por otro, el hecho de que las enfermedades crónicas, agravadas por la pobre alimentación, aumentan a medida que avanza la edad.¹²

En este sentido, al preguntarle a un entrevistado (G1), éste comenta:

Prestador: “*y en consulta los vemos con algunos problemas (...) no es que estén delgados, algunos si, pero algunos los vemos mal nutridos por exceso (...) muchos recurren al pan como suplemento alimentario, y eso los engorda pero no los alimenta (...) la cuestión de la comida y sus costos son un problema serio para todo el mundo, imagínese para ellos...*” (Prestador, G-1, 50 años).

En consonancia con la teoría y la experiencia práctica de la autora (en su quehacer como prestadora de los servicios de salud), la identificación de necesidades económicas, con todas las repercusiones que trae aparejadas, es uno de los factores que con mayor relevancia se asocia a las condiciones y estilos de vida de los adultos mayores, elementos éstos que se exponen también en el discurso de los entrevistados. Sin embargo, como se muestra en los siguientes fragmentos discursivos, referirse a problemas económicos no es sólo hablar de escasez de dinero, alimentos y otros recursos.

“*...es un reto, por lo, por la, es decir por la situación económica en que se está viviendo, eh, en el país...*” (Directivo, G-3, 42 años).

“*...bueno tener una jubilación aceptable para poder enfrentarlo todo, tener transporte, tener lugares recreativos donde asistir (...) el transporte público aun cuando ha mejorado un poco, considero que aun no satisface las necesidades de*

la población y muchísimo menos está disponible para el uso de la población anciana... ” (Prestadora, G-1, 31 años).

“...hemos hecho gestiones con centros cercanos al policlínico, pero con esto de las gratuidades, ya usted sabe, no se consigue nada...” (Prestadora, G-1, 36 años).

“...he tenido que pagar 5 CUC para que me lleven al hospital (...) gracias que mi hija me los puede dar, pues eso es casi mi jubilación...” (Usuaria, G-2, Jubilada, 72 años, Servicios de Salud).

El envejecimiento es un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma en que la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. El ser humano es un individuo de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en el cual se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo, con el grupo social y con el medio ambiente.^{29, 119, 120, 123-126}

La satisfacción de las necesidades de la especie humana es lo que condiciona la calidad de vida de las personas y ésta es el fundamento concreto del bienestar social,^{108, 109,} y aunque en Cuba se muestran claras evidencias de la preocupación del Estado por satisfacer dichas necesidades,^{29, 119, 120} a juicio de la autora y de gran parte de los entrevistados, aún queda mucho por hacer.

3.2.2.3. La sociedad y la familia como pilares fundamentales en el mantenimiento del estado de salud de los adultos mayores.

Otro de los factores mencionados por la mayoría de los entrevistados, y vinculado con el proceso de la jubilación, se relaciona con la necesidad que tienen las personas de 60 años y más de contar con pleno apoyo por parte de la familia y demás actores que comparten su entorno social en general.^{28, 127-133}

La jubilación como fenómeno, tiene consecuencias individuales y colectivas,^{28, 128} pues no sólo supone un deterioro en la economía personal y/o familiar, sino también cambios en los hábitos y comportamientos en la medida que el sujeto se enfrenta a una re-estructuración de su tiempo y sus actividades cotidianas y futuras.

“... la familia a veces ve al anciano como que “ya este no sirve” lo sienta ahí y no le da la atención que requiere, y en estos momentos por ejemplo las cosas económicas le interfieren mucho” (Directiva, G-3, 49 años).

“... lo más importante es el apoyo de la familia (...) como te decía anteriormente estar emocionalmente estable, con mente positiva, que es lo que va a evitar que se depriman estas personas y que tengan que acudir a buscar servicios de asistencia médica, fundamentalmente psicológicamente estable, compensado, mente positiva, eso es lo más importante y una familia, un entorno que le favorezca para continuar...” (Prestadora, G-1, 52 años).

“...en mi casa vivimos mi esposo, mis dos hijos pequeños, mi mamá y mi abuelita de 87 años (...) no alcanzo ni a pedacitos, pues entre mi trabajo, la atención a mi familia y el cuidado de mi mamá y mi abuelita (...) se imagina” (Prestadora, G-1, 39 años, Servicio de Salud).

“... él me ayuda (se refiere al hijo que vive en el exterior), me manda dinero y medicinas, pero desde el 95 no lo veo (...) solo le pido a Dios que me deje verlo antes de morirme. (Usuaria, G-2, Ama de Casa, 70 años, Servicio de Salud)

La familia es la institución básica de la sociedad, ya que constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana.¹³⁴ Con este propósito cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del hombre y ha asegurado, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación del individuo para su inserción en la vida social y la transmisión de valores culturales de generación en generación. La sociedad descansa en la familia como entidad llevada a garantizar la vida

organizada y armónica del hombre. Su función esencial es la de preservar la seguridad de sus miembros, así como la educación de los hijos, en cuanto a las costumbres y las tradiciones de su grupo cultural. Es justamente esta la manera en la que se trasmiten los valores de la cultura, y la forma en la que se contempla a los adultos mayores y todo lo que se relacione con ellos en el seno de la familia.¹¹⁶⁻¹²²

Con el transcurso del tiempo la familia adopta ciertos patrones de comportamiento o dinámica familiar, la cual depende del marco contextual en el cual se encuentran inmersos, elementos que explican su heterogeneidad.¹³⁴ Además, al interior de la familia los individuos actúan de un cierto modo o tienen un papel bien definido que los caracteriza, el cual va a estar influenciado por múltiples factores, como la clase social a la que pertenecen, la ocupación, la educación, su pensamiento político, tradiciones culturales, entre otros.¹¹⁶⁻¹²²

Los adultos mayores pueden ser valorados como fuente de experiencia y sabiduría, independientemente de constituir las raíces más fuertes y profundas que han dado origen al tronco de la familia actual, lamentablemente no se les toma en cuenta como debería, ni se aprovechan sus potencialidades

En Cuba, existen dificultades con la vivienda, a pesar de los ingentes esfuerzos realizados por el gobierno, lo que ha traído como consecuencia la convivencia de varias generaciones en un mismo hogar.^{133, 135}

“Yo no puedo ni opinar en mi casa, todos dicen que está bien, pero hacen lo que les da la gana (...) pa’ eso quedamos los viejos. (Usuaria, G-2, Jubilada, 75 años, Comunidad).

“eso le afecta (...) el apoyo de la familia, de los más jóvenes que a veces ven esa edad muy distante, que ellos nunca van a llegar, un poco por inmadurez (...) creo que los padres son los encargados de educarlos y prepararlos para atender a los abuelitos, a los mismos padres, porque también creo que hoy la juventud no está

muy bien formada en ese sentido..." (Usuaria, G-2, Trabajadora, 62 años, Servicios de Salud).

Diferentes autores¹¹⁶⁻¹²² han acentuado la necesidad que tienen los adultos mayores de ser aceptados y amados por la familia, de recibir afectos en el momento en que disminuyen sus capacidades físicas y mentales. Por ello, muchas veces la familia los ha llevado a asumir papeles que no le corresponden, a cambio de recibir atención: compartir tareas, para merecer reconocimiento y afecto, y en algunos casos, hasta llegar al sometimiento familiar, al punto de la expresión del anciano: "*¡Está bien, lo haré, no se molesten conmigo!*".¹³⁶

Diversas y diferentes son las dificultades por las que transitan los adultos mayores en el ámbito familiar. Por un lado está el hecho de que sus ingresos sean mucho más bajos que el que percibían años atrás, y ya no puedan apoyar la economía familiar como ocurría cuando eran personas laboralmente activas. Por otro lado se encuentran los procesos de toma de decisiones en todo lo relacionado al patrimonio familiar, su salud, y hasta con su futuro, donde generalmente hijos y nietos los excluyen de tales decisiones, y sólo los hacen partícipes de las mismas a modo informativo, cuando todas las decisiones ya han sido tomadas.

A estas edades, las personas disponen de mayor tiempo libre para dedicarlo a su recreación y esparcimiento; sin embargo debido a las necesidades propias de la dinámica de cada familia, se hace necesario que en ocasiones los adultos mayores deban vincularse a la atención de los más pequeños del hogar, al traslado hacia las escuelas, la elaboración de los alimentos para el resto de la familia, gestionar el abastecimiento logístico del hogar entre otras.¹²⁹⁻¹³⁴

"Todos los días tengo que llevar a mi nieta a la escuela, ahora mismo le llevé su almuerzo, para que la pobrecita se lo coma caliente (...) después que coja las papas que llegaron al puesto, voy y la recojo, la baño, le doy merienda, hago la comida, y

después a dormirme en el sillón frente al televisor intentando ver la novela (Usuaria, G-2, Jubilada, 68 años, Comunidad).

“... recreación dice usted? En esa esquina de ahí, jugamos dominó la partía de viejos de aquí, del barrio (...) no hay mas ná’ (Usuario, G-2, Jubilado, 70 años, Servicios de Salud).

“pues si, yo voy a buscar el pan, de paso compro el periódico y después me siento un rato en el parque de la esquina a conversar con mi amiga Antonia que también está en lo mismo (...) que vamos a hacer (...) no hay otra cosa (...) para eso quedamos los viejos” (Usuaria, G-2, Ama de Casa, 71 años, Servicios de Salud).

“... y gracias que era maestra primaria, pues ahora repaso a mis nietos y algunos otros muchachitos, usted sabe, así no soy una carga para mi hija, y le ayudo en la casa...” (Usuaria, G-2, Reincorporada Laboral, 65 años, Servicios de Salud).

Estas situaciones se observan en el caso de aquellos adultos mayores que conviven con sus familiares, sin embargo; para aquellos que viven solos o con sus cónyuges (adultos mayores también), la realidad es más compleja. Éstos deben en algunos casos realizar trabajos por cuenta propia (cuando su estado de salud lo permita), para de esta forma poder aumentar sus propios niveles de ingresos, y de esta manera satisfacer sus necesidades.

“... y no es secreto para nadie las necesidades que tiene el país para resolver muchas cosas, y sobre todo los viejitos solos. Nosotros tratamos de elaborar lo mejor posible los alimentos que nos llegan para ellos, para darles un mejor servicio” (Administradora, G-3, 53 años, Restaurante El Familiar).

“Yo compro y vendo lo que puedo, me paro en una esquina, me siento por ahí, pero pedir dinero eso si no lo haré...” (Usuario, G-2, Jubilado, 76 años, Servicios de Salud).

“mis vecinas se preocupan por mí, me preguntan cómo estoy, me dan una natilla, un poquito de frijoles, y ahí vamos... (Usuaria, G-2, Jubilada, 79 años, Servicios de Salud).

“a mí me cuida Maritza, ella me ayuda, es buena (...) a ella le pagan por cuidarme, le paga el Estado, pero de todas formas ella no es familia mía (...) igual me siento sola” (Usuaria, G-2, Ama de Casa, 81 años, Servicios de Salud).

Las necesidades psico-afectivas que experimentan estas personas, no sólo están determinadas por la ausencia de acompañantes, sino también por las incomprendiciones de las cuales son víctimas, aun de convivir con sus familiares.^{112, 114, 122, 129-131, 134} En opinión de esta autora, esta situación de “cierto sometimiento” que en ocasiones algunos adultos mayores se ven obligados para obtener atención y compañía, les trae aparejados sentimientos de inferioridad, de subvaloración, de irrespeto a su experiencia y a sus años, lo que motiva la desestabilización psico-afectiva y repercute directamente sobre su estado de salud y su calidad de vida.¹⁸

Es imposible establecer un algoritmo para inferir el comportamiento de las familias en la ayuda a la satisfacción de las demandas del anciano, aunque éstas tengan características similares; incluso en una misma familia se pueden dar comportamientos distintos si son estudiadas en momentos diferentes.^{101, 103, 111, 118-120, 123}

Las familias son muy diversas y el apoyo familiar es tan disímil como las propias familias. Por ello, y en consonancia con algunos autores^{118-120, 123} se hace impostergable fomentar a nivel familiar y social, una verdadera cultura de la atención al adulto mayor; en la que el apoyo familiar sea visto como valor primordial para un adecuado desarrollo humano en esta etapa de la vida.

De manera que si la sociedad y la familia asumen desde sus respectivas posiciones el papel que les corresponde y el grado de responsabilidad y comprensión que cada cual

tiene para con la población de 60 años y más, se logrará una vejez segura, con calidad, y placentera, para quienes llegan a esta etapa de la vida.

3.2.3. El sector salud, ante el envejecimiento de la población cubana

El envejecimiento de la población es inherente al desarrollo social,^{18, 26} sin embargo; para lograr una vejez satisfactoria, donde las personas asocien el incremento de sus años al mantenimiento de su autonomía y su integración social, depende de que éste, como proceso individual, se desarrolle de forma saludable.¹³⁵

En Cuba la salud es un producto social, y una responsabilidad del Estado,^{27, 77, 79, 137-141} por lo que hace necesario indagar sobre cómo el país se ha preparado para enfrentar esta explosión demográfica.

3.2.3.1. Posibilidades del sector salud para enfrentar el envejecimiento de la población.

Los discursos de los diferentes participantes, se construyen y matizan desde el referente subjetivo que cada uno posee; lo que se sustenta con lo expresado por Pierre Bourdieu,¹⁴² cuando señaló que: "... todos los esfuerzos por hallar el principio de la eficacia simbólica... están y estarán condenados al fracaso mientras no establezcan la relación entre las propiedades internas del discurso, las propiedades de quien lo pronuncia y las propiedades del contexto en que (o desde donde) es pronunciado".

No porque algo no se mencione significa que no existe. El sistema de salud cubano cuenta con numerosas posibilidades que no sólo funcionan para atender a los adultos mayores, sino que son extensibles a la prestación de servicios de salud para la población en general.

Por ello, la discusión de éste acápite tuvo mayor peso en los datos registrados en los diferentes documentos revisados, dado que no emergieron explícitamente del discurso de los entrevistados las posibilidades con las que cuenta el sector salud; pues los

actores, más que resaltar los aspectos positivos del sistema sanitario, y de la incesante preocupación por el estado de salud de la población, se encontró que los discursos pusieron mayor énfasis en las dificultades que presenta el sector salud para atender las demandas de este grupo poblacional.

De esta manera, al hacer un análisis histórico de algunas estrategias y políticas trazadas por el MINSAP para la atención a la población anciana. se encuentra que en el año 1974 surge el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor,⁹⁹ el cual fue integrado a la APS en el año 1985. En este programa se contemplan los subprogramas de atención comunitaria, de atención institucional, y de atención hospitalaria.

Entre los objetivos generales de este programa se plantea, mejorar la salud de la población de 60 años y más; aumentar la vida activa de los adultos mayores mediante el tratamiento preventivo, curativo y rehabilitador; así como la creación de los equipos de atención gerontológica para la atención especializada de los adultos mayores en la comunidad (EMAG), que garanticen una evaluación geriátrica exhaustiva a nivel del área de salud.⁹⁹ Es de señalar que desde hace algunos años dichos equipos multidisciplinarios no funcionan adecuadamente o no existen.

Como objetivos específicos de dicho programa, se encuentra la formación y la capacitación de los profesionales y técnicos, para lo cual se ha diseñado e implementado la especialidad en Geriatría, cursos básicos y de postgrado, Diplomados y Maestrías (muchos de ellos con certificados de excelencia), e implementados éstos en las diferentes Facultades de Ciencias Médicas del país.⁹⁹

"hice la maestría de Longevidad satisfactoria y nada aquí en el consultorio aplico lo que aprendí (...) yo tengo una población bastante envejecida" (Prestadora, G-1, 42 años).

“Mire, yo considero, y así creo que lo hemos demostrado al mundo entero, que todo especialista en MGI está preparado para atender todo lo que entre por esa puerta ...” (Prestadora, G-1, 37 años).

“ahora soy residente de MGI (...) mi población es mayoritariamente mayor de 60 años, creo que voy a necesitar hacer la maestría de Longevidad o algún otro curso...” (Prestadora, G-1, 26 años).

Al hacer un recuento de lo acontecido en la APS, se destaca que en el año 2002 se inició "el Programa Revolución", y dentro de él, los Programas de la Revolución en Salud. Éstos proponían objetivos estratégicos para alcanzar ambiciosos propósitos en el desarrollo del trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia; pero para ello se tenían que producir cambios en la estructura organizativa del sistema de salud y de la atención ambulatoria, en la organización de los servicios y en los programas de salud.^{143, 144}

En septiembre del mismo año, se convocó al perfeccionamiento el sistema de salud en general y la APS en particular. Las premisas de las transformaciones propuestas para ese nivel de atención estaban basadas en acercar los servicios a la población, adecuar los servicios a la situación de salud de cada lugar, a la formación y el perfeccionamiento continuo de los recursos humanos, así como al mejoramiento e introducción de nuevas tecnologías.¹³³

Se produjeron significativas transformaciones, como el acelerado proceso de reparación integral de los polyclínicos, con el objetivo de acercar servicios especializados que sólo se brindaban en el hospital, además de la introducción de tecnologías avanzadas, con extensión de los servicios integrales de rehabilitación, de bibliotecas informatizadas, incremento del equipamiento de ultrasonido, de rayos x, electrocardiograma e incluso, el nacimiento de otros como Endoscopía, Apoyo vital y Trombolisis, Quimioterapia, Audiometría, Salón de partos, Áreas intensivas municipales, entre otros, que incrementaron el poder resolutivo del polyclínico al acercar los servicios a la población, y contribuir así a mejorar el grado de satisfacción de la población.¹⁴³ Con la remodelación

de los policlínicos y la implementación de nuevos servicios en la APS se logró incrementar el grado de satisfacción de la población durante los años siguientes.¹⁴⁴⁻¹⁵⁰

Para el año 2016, el país contaba con 150 hospitales, 451 policlínicos, 111 clínicas estomatológicas, 148 hogares de ancianos, 276 casas de abuelos, 50 servicios de geriatría, y 30 hogares de impedidos físicos y mentales. Además los servicios de rehabilitación integral se fortalecían en todos los niveles de atención, con 420 salas en la atención primaria en salud.¹⁵

Particularmente en la provincia La Habana existían en ese momento, 34 hospitales, el Centro de investigaciones sobre longevidad, envejecimiento y salud (CITED), 82 policlínicos, 20 clínicas estomatológicas, 33 hogares de ancianos, 39 casas de abuelos, y 12 centros psicopedagógicos,¹⁵ muchos de los cuales han sido totalmente remodelados, y habilitados con el equipamiento necesario para ofrecer nuevos servicios de atención a la población.

Al cierre del año 2016,¹⁵ Cuba contaba con 493 368 trabajadores de la salud, lo que representan el 6.7% de la población en edad laboral, de ellos el 70.8% son mujeres. La tasa de habitantes por médico es de 125 (80.2 médicos por cada 10 000 habitantes) y la de habitantes por estomatólogo, 667 (15.0 estomatólogos por cada 10 000 habitantes), distribuyéndose los mismos por especialidades de la manera siguiente:

- 46 302 se encontraban dedicados a la especialidad de Medicina General Integral, siendo 29 836 especialistas titulados.
- 512 médicos se encontraban dedicados a la especialidad de Geriatría, de los cuales 336 se encontraban titulados.
- 13 711 eran estomatólogos de los cuales 5629 son especialistas
- 89 072 eran enfermeras/os (79,3 por cada 10 000 habitantes),

Particularmente la provincia La Habana, en el mismo año,¹⁵ contaba con:

- 21 542 médicos (para una relación de 101,6 médicos por cada 10 000 habitantes)
- 2 409 médicos de familia ubicados en la comunidad.

- 4 060 estomatólogos (para una relación de 19,1 estomatólogos por cada 10 000 habitantes)
- 14 673 enfermeras/os (69,2 enfermeras/os por cada 10 000 habitantes).

Se debe destacar además, el importante papel de la participación comunitaria con sus líderes formales e informales^{145, 151} en el cumplimiento y desarrollo de estrategias salubristas, con la ejecución de diferentes tareas que apoyan la labor de los médicos y del personal de enfermería. Ejemplo de ello es la campaña de vacunación contra la Poliomielitis, las donaciones de sangre, la lucha contra las arbovirosis (Dengue, Zika, Chicungunya, Fiebre amarilla) y otras enfermedades transmisibles y no transmisibles.

"yo fui a ponerme la vacuna contra la Hepatitis, porque soy diabética y ya me han mandado a buscar varias veces (...) la enfermera ha estado en mi casa (...) pero la compañera de la Federación es muy insistente..." (Usuaria, G-2, Ama de casa, 75 años, Comunidad).

"fui a llevar a mi nieta de 9 años a reactivarse la vacuna de la polio, anoche me lo recordó la muchacha de la federación (...) su mamá está trabajando y me toca a mí..." (Usuaria, G-2, Jubilada, 73 años, Comunidad).

Otra de las posibilidades es la colaboración internacional. Los profesionales cubanos han brindado una importante ayuda humanitaria en numerosos países del mundo, pero como valor agregado a esta honrosa misión, se encuentra la adquisición de competencias profesionales, las que sin dudas se revierten en mayor experiencia para brindar una atención adecuada y con la experticia requerida:

"yo me fui para Venezuela, estuve tres años atendiendo comunidades indígenas, regresé y estoy en este consultorio hace como 7 u 8 años aplicando lo aprendido en la práctica, no me he ido nuevamente porque ahora tengo una niña chiquita (...)" (Prestadora, G-1, 40 años).

"Guatemala y Venezuela fueron una escuela para mí, como aprendí cosas y vi enfermedades que nunca había visto en Cuba" (Prestadora, G-1, 48 años).

Otra de las posibilidades del sector salud para atender a las demandas de la población envejecida, es el incremento de los recursos humanos en formación, tanto en carreras profesionales (Medicina, Estomatología, Enfermería, entre otras.) como en aquellas de perfiles técnicos, distribuidos en las diferentes Facultades de Ciencias Médicas, la existencia del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, y del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. Así mismo se encuentran la remodelación de las instituciones de salud, y dentro de ellas, la asignación de recursos tecnológicos, que permitan establecer diagnósticos tempranos en el espacio comunitario, como parte de las transformaciones del sector, así como el meritorio espíritu internacionalista del personal de la salud.

Otras posibilidades son la existencia de la intersectorialidad^{27, 137-139, 141} y la participación social como herramientas para preservar el estado de salud de la población y como formas de empoderamiento social,^{63, 68, 76, 123, 125, 128, 136, 145} en la búsqueda de alternativas de solución de los problemas de salud de la comunidad.

Al respecto se citan algunas percepciones:

Directiva: *"Bueeno, yo le voy a decir que esa corporación me ha reparado tres consultorios médicos, que son los mejorcitos que tengo funcionando ahora..."*

Entrevistadora: *¿y cómo lo logró?*

Directiva: *Pues coordinando con ellos, negociando con ellos, y no sólo eso, también me proporcionan materiales de oficina..."* (Directiva, G-3, 42 años).

"yo hablé, casualmente ayer por la mañana con un paciente mío que trabaja en Comunales y gracias a eso hoy vino el camión y recogió toda la basura del vertedero que había en la esquina, pues sólo quedan dos contenedores y hacía tres días que el carro no pasaba (Prestador, G-1, 25 años).

Lo expresado hasta aquí da muestras de las numerosas posibilidades con las que cuenta el sector de la salud para atender las demandas de la población de 60 años y más.

3.2.3.2. Dificultades y/o brechas del sector salud para la atención a los adultos mayores.

El análisis de los discursos de los participantes reveló que éstos pusieron mayor énfasis en las deficiencias que existen en el sector salud, que en las posibilidades que el mismo posee; lo que debería llamar la atención de las autoridades sanitarias, pues el hecho de que los actores implicados en el estudio visibilicen más las deficiencias que las posibilidades, induce y sugiere la existencia de brechas en la atención que a las personas de 60 años y más se les brinda.

El profesor Orlando Carnota Lauzán, plantea que las brechas hacen referencias al espacio o abismo que existe entre "lo que es y lo que debe ser",¹⁴⁶ y que este concepto aparece como una contradicción entre las posibilidades con las que cuenta el sector y la presencia de deficiencias a partir de ellas.

"mire doctora yo quisiera hacer más por mis adultos mayores, pero no tengo recursos para ello (...) sólo me quedan dos Círculos de Abuelos funcionando (...) Si, ya los adultos mayores no están muy motivados por incorporarse a ellos (...), allí sólo hacen ejercicios físicos y nada más, pues las actividades recreativas que se hacían antes ya no se hacen pues no tenemos con qué hacerlas..." (Directiva, G-3, 47 años).

"... yo creo que el sector tiene dificultades (...) el mosquito, los vertederos, la higiene de la comunidad y demás, son un ejemplo (...) si cada uno hiciera lo que le toca y en el momento que le toca, entonces no tuviéramos tanto dengue (...), pero es necesario comprometer directamente a la población, las organizaciones y a otros ministerios..." (Prestadora, G-1, 47 años).

"yo llevo dos meses esperando por mi prótesis dental y todavía no está, que fea estoy, verdad? (...) además casi no puedo comer" (Usuaria, G-2, ama de casa, 70 años, Servicios de Salud).

"fui a buscar un bastón, pues el otro día me caí y mi médico me dijo que debía auxiliarme con un bastón (...) vamos como si tuviera un tercer pie; pero debo venir la semana que viene porque ahora no hay" (Usuaria, G-2, ama de casa, 76 años, Servicios de Salud).

"... ehh, no solamente el círculo de abuelos es para hacer ejercicios o para hablarles de enfermedades o de prevención. No, los círculos de abuelos llevan una recreación y precisamente por las carencias económicas no se pueden dar, es decir, no hay un transporte destinado para estos círculos, no hay fondos destinados que se pueda decir, se van a llevar el fin de semana al Jardín Botánico a los ancianos (...) salud no cuenta con ese apoyo del fondo económico, no necesariamente tiene que ser el dinero, no, sino que se destine un vehículo, recursos materiales, como humanos ¿no?" (Prestadora, G-1, 39 años).

"...si, el médico, la enfermera, el dentista están ahí, y nos tratan bien, pero por ejemplo, fui varias veces al dentista para hacerme la prótesis, y al final tuve que hacérmela con un particular, pues si no era que faltaba el agua, no hay material o no vino el técnico, o cualquier otra cosa, siempre pasaba algo..." (Usuario, Jubilado, G-2, 74 años, Servicios de Salud).

Los argumentos de los participantes dan cuenta de que las dificultades del sector no sólo están enmarcadas en las necesidades económicas por las que ha atravesado el país, sino que trascienden a cuestiones organizativas propias del sector salud y a una inadecuada gestión y coordinación con otros sectores sociales y con los líderes formales e informales de la comunidad.

Al hablar de deficiencias se encuentra que algunas aparecen como inherentes al sector, mientras otras le son ajena, por lo que se expondrán estas dificultades y/o brechas del sector de manera estructurada.

Recursos humanos

Una de las deficiencias que emergió del discurso de los participantes a través de los GF, estuvo relacionada con la fluctuación de los recursos humanos (sobre todo en los espacios comunitarios), y su repercusión en los servicios que se brindan:

“pues mire eso, me alegro poder estar aquí con ustedes... a mí la doctora del consultorio me remitió para el ortopédico y cuando fui a sacar el turno la muchacha que me atendió me dijo que hacía un mes que no había ortopédico ¿qué hago ahora? (Usuaria, G-2, Jubilada, 73 años, Comunidad).

“Mire doctora, usted también es de la vieja guardia (...) usted sabe que antes no era así, ahora yo atiendo la población correspondiente a casi tres consultorios médicos...” (Prestadora, G-1, 45 años)

...por ejemplo doctora, yo comencé mi consulta a las 8 de la mañana, son las 12 y pico, y mire cuantos pacientes me quedan allá afuera, ¿a qué hora me iré para el terreno?... (Prestadora, G-1, 46 años).

...mire usted, con la cantidad de pacientes que tengo allá afuera, no sé a qué hora terminaré la consulta y además tengo que ir a ver a tres “viejitos” que no pueden venir hasta aquí... ” (Prestadora, G-1, 25 años).

Estos y otros discursos abren espacios a la existencia de una contradicción entre lo que refieren las estadísticas sobre la formación de recursos humanos en el país, y la esencia misma de los argumentos expuestos por los participantes.

La interrogante que deriva de esta paradoja, hace que la autora se cuestione, ¿por qué, si las estadísticas muestran que en los últimos 39 años la cantidad de médicos en el país se ha incrementado nueve veces (de 9 328 en 1975, a 87 982 en el 2016) y de estomatólogos ha ocurrido en siete veces (de 2 319 a 17 542, respectivamente a los años antes referidos),¹⁵ tanto directivos como prestadores y usuarios, exponen argumentos que muestran, por un lado, carencias de estos profesionales, fundamentalmente en el espacio de la atención primaria de salud, y por el otro, una sobrecarga de trabajo para aquellos que allí laboran.

“bueno si, pero... ya el consultorio no está “al doblar de la esquina”, ahora está más distante, y el médico no es siempre el mismo...” (Usuaria, G-2, Trabajadora, 69 años, Servicios de Salud).

“...pero es necesario que los que regresan de misión, vuelvan a los consultorios en los que trabajaban antes” (Prestadora, G-1, 44 años).

“...yo no sé qué está pasando el que no está para Venezuela, está en Angola, la mía ahora está en el municipio ocupando un cargo (...) si, si, ella es muy buena doctora. (Usuaria, G-2, Ama de casa, 72 años, Comunidad).

“...a los que no pudimos ir por alguna razón nos debían reconocer esto como una misión también, porque no es fácil hacer el trabajo mío y el de dos más...” (Prestadora, G-1, 41 años).

“...hace más o menos un año que llegué de misión (...) primero estuve en un consultorio y ahora estoy aquí cumpliendo con una tarea bien difícil (Directivo, G-3, 43 años).

En Noviembre del año 2010 se comienzan a implementar una serie de transformaciones necesarias^{143, 147} con el objetivo de reorganizar, compactar y regionalizar los servicios de salud; lo que permitiría el uso más eficiente y racional de los cuantiosos y costosos

recursos de que se disponía en esos momentos, especialmente los tecnológicos, así como su permanente disponibilidad, lo que garantizaría la sostenibilidad de los servicios de salud.^{132, 136}

Íñiguez¹⁴⁸ plantea que, desde la implementación de estas transformaciones se produce el cierre paulatino de consultorios del médico y la enfermera de la familia, se agrupó la población de varios consultorios en uno, y si bien se mantenía la cobertura de atención en el 100%, se multiplicó la población a atender, con la consecuente recarga del trabajo para los médicos y enfermeras, situación esta que afectaba seriamente la atención antes prestada y en especial la percepción sobre ésta. No variaba la prioridad concedida a algunos programas, como el de Programa de Atención Materno Infantil (PAMI), y se han debilitado las acciones promocionales y el trabajo de terreno, funciones intrínsecas a este programa (visitas programadas del médico y la enfermera a las viviendas donde residía población vulnerable dentro de los programas de atención).¹⁴⁸

Según lo referido por Iñiguez,¹⁴⁸ "este fenómeno se ha asociado a los problemas organizativos que confrontó el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia (PMEF), adicionándose a ello el deterioro de la infraestructura de consultorios y las insuficiencias de materiales de trabajo".

Las insatisfacciones de la población son crecientes y se relacionan con la inestabilidad de los servicios, el tiempo de espera de atención en los mismos, a la ausencia del médico por estar cumpliendo funciones administrativas, tareas docentes o misiones fuera del país.¹⁴⁸ Esta problemática ha sido objeto (al menos implícitamente) de análisis y consideración por las autoridades sanitarias cubanas, lo que se demuestra en la aplicación de reiteradas transformaciones y reorganizaciones de los servicios.^{148, 151}

El profesor Rojas Ochoa¹⁴⁰ ha expresado: "Nuestro país requiere hoy nuevas decisiones para continuar perfeccionándose, solucionar los problemas actuales, eliminando las causas que le dieron origen desde sus raíces y avanzar con mayores perspectivas y seguridad hacia su desarrollo".

Al respecto, se exponen algunos argumentos de los participantes:

“Nosotros teníamos a la doctora Dorita, muy buena, pero ahora está de misión, (...) he ido dos veces al consultorio y en una había otro médico joven, creo que estudiante, me atendió bien. Hoy fui y no había nadie, y vine para acá (refiriéndose al Policlínico) y yo vivo lejos de aquí (...) mira mijita, yo soy hipertensa y necesito de nuevo el tarjetón para mis pastillas de la presión” (Usuaria, G-2, Jubilada, 73 años, Servicios de Salud).

“yo estoy muy molesto con esto, voy poco al consultorio, pero cada vez que voy me encuentro una cara diferente, cuándo volveremos a estar como antes?, tener un médico fijo que nos atienda?” (Usuario, G-2, Trabajador, 73 años, Servicios de Salud).

La propuesta como alternativa de solución, se dirige a la realización de un análisis profundo del fenómeno demográfico en cuestión, y que con ello, se valore una nueva posibilidad de redistribuir adecuadamente los recursos humanos que se encuentran físicamente en el país, y también de aquellos que se reincorporan luego de haber cumplido los compromisos internacionales.^{18, 148, 151}

Autores como Rojas¹⁴⁰ plantean... “Debe detenerse, o al menos controlarse cuidadosamente la salida de los médicos especialistas de medicina general integral hacia otras especialidades, que los alejan de la atención primaria y que no permiten su estabilidad en sus consultorios. Esto exige un sistema de estímulos para mantenerse en el ámbito para el que se formaron, con incentivos como fuentes de actualización profesional, acceso a literatura científica, a la docencia e investigación, a la colaboración internacional, y al uso de las modernas tecnologías de comunicación e información. (Internet), y estímulo salarial adecuado...”.

Otro aspecto relacionado con los recursos humanos vinculados a la prestación de servicios de salud, tiene que ver con su preparación para atender a la población anciana.

En el caso de la especialidad de Geriatría se conoce que, de los 87 982 médicos con que contaba el SNS al cierre del año 2016,¹⁵ solamente 477 se encontraban dedicados a la especialidad en todo el país (cifra que representa el 0,5% de todos los médicos), y de ellos 301 médicos eran especialistas en Geriatría.

Se puede considerar que el número de profesionales médicos especializados y/o dedicados a la Geriatría es insuficiente para acometer la atención a un sector de la población que está en franco incremento en el país; pero éstos no son los únicos profesionales que asisten a las personas de 60 años y más, sino que también se encuentran los residentes y los especialistas en Medicina General Integral por su cercanía a la comunidad, siendo realmente los médicos que se ubican en la primera línea de atención a estas personas, y que no necesariamente cuentan con la preparación suficiente para acometer la tarea con la calidad requerida.

Diversos autores^{152, 153} han planteado que se precisa garantizar, al futuro Médico General Integral (MGI) y otros profesionales de la salud, la formación de competencias imprescindibles para dar respuesta a los problemas que presenta el adulto mayor; argumento éste que no sólo es aprobado por la autora del presente estudio, sino que se constituye en una necesidad, según lo expresado por algunos participantes:

“Mire, yo considero que cualquier entrenamiento en geriatría no viene mal, creo que lo necesitamos para hacerle frente a lo que se avecina...” (Prestadora, G-1, 37 años).

“... creo que también hay que preparar a los tecnólogos, no sólo en materia de atención, sino en el manejo y el trato con esta población tan frágil...” (Prestador, G-1, 35 años).

“... hice la maestría de Longevidad satisfactoria y nada aquí en el consultorio aplico lo que aprendí (...) yo tengo una población bastante envejecida (...) realmente es necesario capacitarse...” (Prestadora, G-1, 42 años).

Como parte del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (PAIAM),⁹⁹ se han diseñado e implementado, además de la especialidad en Geriatría, cursos básicos y de postgrado (muchos de ellos certificados de excelencia) los que se han impartido en las diferentes Facultades de Ciencias Médicas del país. Sin embargo, a juicio de esta autora, en la actualidad no son suficientes los cursos que sobre esta temática se ofrecen (muchas veces con publicación limitada de su existencia), en el caso de la Maestría en Longevidad Satisfactoria no se han abierto nuevas convocatorias, y desde la Universidad Virtual de Salud, después de hacer una búsqueda utilizando los términos "ancianos", "tercera edad", "envejecimiento" y "adulto mayor", sólo se encuentra una maestría virtual de "Salud y envejecimiento",¹⁵⁴ y dos cursos ofrecidos por la Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo", sobre maltrato en el anciano,¹⁵⁵ y caídas en el anciano respectivamente.¹⁵⁶

El envejecimiento demográfico impone por su crecimiento, nuevos retos en la sociedad, la capacitación de los recursos humanos que deben atender sus demandas de salud, se constituye en una necesidad impostergable; esto no debe verse como una preparación del postgrado únicamente, sino que desde la misma formación de pregrado deben recibirse los conocimientos necesarios para la atención a este grupo poblacional.

Varios han sido los programas de estudios para la formación de los educandos que ingresan en diferentes perfiles profesionales y técnicos del SNS, los cuales se han ido transformando de manera positiva en la medida que ha evolucionado la experiencia científica y docente de los claustros de profesores. Sin embargo, es válido señalar que éstos^{102, 103} no tratan con la debida suficiencia lo relacionado con la atención, manejo y cuidado de las personas de 60 años y más, ni la dinámica familiar y social que se debe seguir con este grupo poblacional.

En el caso del programa de formación de la carrera de Medicina,¹⁰² a pesar de que en cinco semestres se imparten asignaturas directamente vinculadas con la Atención

Primaria de Salud, no se abordan temas específicos relacionados con la ancianidad ni el envejecimiento.

El programa de formación del especialista de Medicina General Integral¹⁰³ cuenta con 29 módulos (con un encuentro semanal) y solamente el número 7, con una duración de tres semanas, está dedicado a tratar temas sobre los adultos mayores y su manejo.

3.3.2.2. Organización de los servicios de salud

Con el desarrollo de las transformaciones sociales y económicas, se han producido cambios en la salud de las poblaciones y, por tanto, en las políticas de prestación de salud. En tales condiciones se promueve una atención que contempla el componente científico-técnico, la accesibilidad, la efectividad, la satisfacción y la eficiencia.¹⁵⁷⁻¹⁶²

En correspondencia con estas dimensiones, desde la creación e implementación del programa de Médico y la enfermera de la familia, el SNS ha mantenido como premisa dentro de sus principios rectores, el acercamiento de los servicios de salud de forma gratuita y accesible a la población en general y la aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica; toda vez que es a este nivel, donde debe dársele solución aproximadamente al 80% de los problemas de salud de la población.¹⁶⁰⁻¹⁶²

Desde hace algunos años el SNS (en mayor medida en la APS) ha realizado una serie de transformaciones en la organización de sus servicios, con el fin de hacer un uso más eficiente y racional de los recursos disponibles (tanto materiales como humanos), y de esa manera lograr la sostenibilidad de los mismos,^{139,140} tal y como se planteó en el lineamiento 143 (referente al sector salud), publicado en los Lineamientos de la Política social y económica de Cuba, al decir que se debe "potenciar la calidad del servicio que se brinda, así como el ahorro, la utilización eficiente de los recursos y la eliminación de los gastos innecesarios".⁴⁰

Aunque la autora reconoce la validez de los argumentos que sustentan a dichas transformaciones, merece destacar tres elementos fundamentales que aparecen como consecuencia de la reorganización de los servicios, y que tienen que ver con características particulares de las personas de 60 años y más: las distancias geográficas entre los escenarios asistenciales y las viviendas de los adultos mayores son mayores que la que existían cuando tenían todos los servicios en el policlínico correspondiente; las condiciones de salud de este sector poblacional muestran signos de deterioro que sobreñaden dificultades para acceder a dichos servicios ahora en su nueva ubicación; y la carencia de recursos económicos y de transporte para estas personas, aumentan la brecha entre lo que debería ser y lo que realmente es.

“...por ejemplo, otros servicios de salud, endoscopía, etc. en que hay que asistir a policlínicos distantes, institutos, hospitales, debido al transporte se les dificulta bastante, la parte esta de los taxis, porque casi siempre los taxis de servicio de los hospitales están destinados para otros servicios por ejemplo en los que se hacen hemodiálisis. No es que el anciano llame por teléfono y pueda solicitar un taxi...”
(Prestador, G-1, 57 años)

“... bueno, primeramente ahora le quedan las cosas muy lejos, por ejemplo el área de salud ahora con la nueva reestructuración, los consultorios le van quedando más lejos, y es verdad que es menos de dos kilómetros, pero, para los adultos mayores, caminar un kilómetro es bastante...” (Prestadora, G-1, 35 años).

“cómo usted puede entender, que hace unos añitos teníamos de todo en el policlínico y ahora nos lo han ido quitando poco a poco (...) que pasará después...
(Usaria, G-2, Jubilada, 79 años, Servicios de salud).

“Mire, yo tengo que caminar 9 cuadras para llegar aquí (se refiere al Policlínico) y luego subir al primer piso para verme con el ortopédico...” (Usuario, G-2, Jubilado, 67 años, Servicios de Salud).

Al respecto, Castañeda y Villalón,¹⁹ encontraron que pacientes enfermos de cáncer presentaron dificultades para cumplir con su tratamiento radioterapéutico debido a dificultades relacionadas a la accesibilidad geográfica.

Llama la atención que existen adultos mayores que no acuden de manera regular a los servicios de salud, a lo cual, entre los criterios emitidos por estos participantes, se encontró que algunos refieren que no asisten a los mismos porque no lo necesitan, pues a su consideración se sienten bien y no están enfermos, otros prefieren acudir directamente a los hospitales mientras otros plantean que en muchas ocasiones no encuentran el médico en el consultorio, o no consiguen lo que buscan.

“Mire, doctora, yo casi nunca me siento mal, (...) cuando algo me ha pasado, me voy directo al hospital, allí tienen más aparatos y siempre hay médicos que te vean ...” (Usuario, G-4, Jubilado, 69 años, Comunidad).

“me jubilé y ahora estoy trabajando de nuevo, por suerte para mí muy cerca de un hospital, (...) allí lo resuelvo casi todo, pues a la hora que llego ya no hay nadie en el consultorio...” (Usuaria, G-4, Reincorporada laboralmente, 67 años, Comunidad).

“Cada vez que necesito algo, voy al policlínico, (...) me queda cerquita, (...) no pierdo tiempo en ir al consultorio...” (Usuaria, G-4, Ama de casa, 70 años, Comunidad).

“paso temprano por el policlínico para recoger resultados de análisis, dietas firmadas, recetas (...) cuando llego al consultorio ya tengo “un montón de pacientes esperándome y después me voy al terreno, siempre que no tenga docencia o reunión en el policlínico...” (Prestadora, G-1, 25 años).

Es preciso recordar que las prestaciones en salud poseen una connotación histórico-cultural, específica para una sociedad y un momento histórico concreto, y que en ellas juegan un importante papel las creencias, la idiosincrasia, los valores, y otros aspectos de la subjetividad de los usuarios, de manera, que la satisfacción de éstos y de los

proveedores de salud se constituye en una importante dimensión psicosocial a tener en cuenta para alcanzar la satisfacción de la población.¹⁵⁷⁻¹⁶³

Por tanto, si lo primordial es contar con adecuadas prestaciones en salud, el llamado es a brindar servicios que se enmarquen en la excelencia profesional, en el uso eficiente de los recursos, con mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, y de impacto, de manera que implique la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos, donde su imbricación resulte en la satisfacción de los usuarios y la eficacia de las prestaciones.^{62, 126, 128, 157-163}

Otro de los aspectos que se plantea en reiteradas ocasiones por los entrevistados en los GF es el referido a las visitas al hogar por parte del Equipo Básico de Salud (EBS). La dispensarización de la población junto al Análisis de la Situación se encuentran entre los pilares fundamentales en el primer nivel de atención. Existen evidencias de que ésta no se realiza de manera consecuente a como fue diseñada. En un estudio realizado por Cuesta⁷⁵ en un Policlínico del municipio Playa, se detectó que más del 70% de las personas mayores de 50 años llevaba más de un año sin recibir controles y que solamente el 21% de los pacientes estudiados habían sido controlados con intervalos de 6 meses, lo cual es coherente con los resultados encontrados en el presente estudio.

“Yo creo que en eso si tenemos grandes retos que asumir nuevamente después de muchos años, porque para nadie es desconocido que en estos momentos no se cuenta todos los recursos necesarios para volver a brindar aquella atención que tanto nos exige la población, con un médico tan cercano ahí en la comunidad, no es que estén alejados pero nosotros atendemos una población y un rango de territorio de 2 kilómetros y medio, desde el punto de vista de la dispensarización con la cantidad de programas que estamos asumiendo y el total de población, no es la misma calidad con la que se va a revertir en estos momentos (...) es imposible con 2000 y pico y 3000 habitantes no es lo mismo que con 700 o 800 habitantes, la calidad no va a ser la misma por mucho que queramos hacer” (Prestador, G-1, 47 años).

“el problema está en la multiplicidad de tareas que tiene el médico de familia, o sea, tiene una cantidad de controles que llevar, una cantidad de papeles que hacer (...) hay que diseñar un trabajo para el MF que pueda integrar todos los programas, pero de la forma más racional posible, de manera que no nos desgastemos llenando papeles, y podamos atender a los principales problemas de los diferentes grupos de edades de la población, en este caso a los ancianos...” (Prestador, G-1, 50 años).

Esta situación ha incidido negativamente en las prestaciones de salud para la población, pues aunque exista voluntad por trabajar y hacerlo bien, las fuerzas y capacidades de los recursos humanos son agotables.¹⁶⁴

El proceso de dispensarización, ha sufrido adecuaciones en lo referente a la programación de controles y visitas de terreno según el grupo dispensarial en el que se ubica cada paciente. Así en la década de los años 80 se exigía un mayor número de controles (en el consultorio y en visitas de terreno) a cada paciente y a la familia,^{75, 165} sin embargo, en el Programa del médico y la enfermera de la familia publicado en el año 2011,¹⁰⁰ sólo se programan una visita al hogar y un control en el consultorio, una vez al año para las personas de 60 años y más (como grupo priorizado), y en el caso de los pacientes clasificados en el grupo III (enfermos), reciben tres evaluaciones en el año: dos en la consulta y una en el terreno.

Es cierto que la ancianidad no es sinónimo de enfermedad, sin embargo, cuando se arriba a esta etapa de la vida un gran porcentaje de estas personas ya padece alguna enfermedad crónica no transmisible,^{166, 167} razón ésta que provoca una mayor demanda de atención de los servicios de salud lo que obliga a redimensionar los esfuerzos y encausar las estrategias para así brindar una atención priorizada, esmerada y eficiente a este grupo poblacional.¹⁶⁸⁻¹⁷⁰

Esto se pudo constatar a partir de observaciones realizadas a diferentes servicios de salud, en los escenarios seleccionados para la presente investigación. Al respecto, llama la atención la presencia de “colas de pacientes” para ser atendidos por médicos y/o enfermeros/as, dónde en muchas ocasiones, sólo requerían de una receta para comprar algún medicamento ya prescripto o de uso cotidiano, o renovaciones de dietas médicas.

“Por ejemplo, le digo doctora, existen aún algunos mecanismos burocráticos que incomodan un poco a los ancianos, digamos, si sabemos que la Diabetes es una enfermedad crónica, ¿por qué renovar la dieta todos los años?” (Prestador, G-1, 41 años).

“yo tengo artrosis generalizada y tengo que tomar duralgina casi todos los días para aliviarme los dolores y poder seguir” (Usuaria, G-4, Ama de casa, 74 años, Comunidad).

Existen dos aspectos fundamentales que ponen en peligro el uso racional de los recursos existentes, y que atentan contra la atención que se brinda: por un lado, la "pseudoesperticia médica" que posee la población, los lleva a reclamar terapias que nada tienen que ver con sus problemas de salud, y por el otro, la tendencia de algunos profesionales de la salud de anteponer los medios tecnológicos (sean para diagnóstico o para tratamiento) en vez de aplicar consecuentemente el método clínico.^{171, 172}

“...mire yo estoy aquí hoy sin poder, pues tengo tremendo dolor en la cadera, parece que es artrosis, sí, eso me dijo mi vecina, vine a ver al médico que te manda corriente y ejercicios...” (Usuaria, G-2, Jubilada, 77 años, Servicios de Salud).

“yo vine hace como 15 días porque tengo muchos mareos se me está nublando la vista y tengo miedo caerme (...) el médico de la familia me indicó un SOMATÓN (refiriéndose a la Tomografía Axial computarizada), pero resulta que no he podido hacérmela, los turnos están muy lejos (...) ay qué tendré (...) estoy muy nerviosa” (Usuaria, G-2, Jubilada, 75 años, Servicios de Salud).

"pues yo me enfermo poco, gracias a Dios, llevo como tres días con unos "coliquitos" que van y vienen, no me siento más nada, pero la doctora me mandó un ultrasonido del vientre (...) hoy vine a traerle el resultado para ver qué me manda (...) pero ya sé que no tengo nada malo, pues la doctora que me lo hizo me dijo que no tenía nada, y me revisó bien eh..."(Usuaria, G-2, Jubilada, 70 años, Servicios de Salud).

Es cierto que la población cubana, dado su alto grado de instrucción, y de la constante interacción con información relativa a la promoción, educación en salud, y a la prevención de enfermedades, ha elaborado un referente teórico que junto a los conocimientos adquiridos y sus vivencias, les ha permitido convertirse (para sí mismos y para los otros) en "pseudo médicos", y con ello, se han atribuido el derecho de recomendar tratamientos, a partir de la combinación de signos y síntomas presentes en personas que muestran alguna dolencia.¹⁷³

Si a esto se adiciona la conducta de algunos proveedores que no emplean adecuadamente el método clínico y junto a ello sobre usan los medios diagnósticos entonces es de esperar que la atención en salud se vea afectada, y con ello el deterioro acelerado de los recursos materiales disponibles.¹⁷⁴

"solamente tengo tres años de graduado (...) mis profesores me enseñaron mucho (...) pero con lo agitada que está la vida, no se puede negar que la tecnología es la tecnología" (Prestador, G-1, 28 años).

"bueno, pero si ahora tenemos tantos recursos disponibles, hay que utilizarlos" (Directiva, G-3, 42 años).

Autores como Moreno señalan:¹⁷² "... un médico ve a un enfermo y lo primero que hace es indicarle un "chequeo" de análisis complementarios para luego ver los resultados y sólo entonces interrogarlo y examinarlo, muchas veces "por arriba", está violentando el método, poniéndolo cabeza abajo y cometiendo un error; entonces se debe decir

categóricamente que los errores en la aplicación del método clínico conducen con frecuencia a errores de diagnóstico”.

Es opinión de esta autora, que tanto el método clínico como el uso de la tecnología son necesarios e importantes, siempre que se apliquen de manera racional y consecuente con la situación de salud que se presente.

Uno de los aspectos que llamó la atención de la autora en los testimonios de directivos, prestadores y usuarios, por sus críticas negativas, tuvo que ver con la disponibilidad y condiciones de aquellas instituciones de salud concebidas para el cuidado y la atención de la población de 60 años y más, entre las que figuran, hogares de ancianos, casas y círculos de abuelos.

Es importante comentar que las instituciones sociales requieren un análisis particular, porque de acuerdo con los criterios de la OMS y del SNS cubano, los adultos mayores deben permanecer el mayor tiempo posible en la comunidad.^{99, 175-178}

El aumento de personas mayores de 60 años en los núcleos familiares cubanos, ha provocado una re-estructuración de esta institución, toda vez que estas personas demandan una mayor atención y necesidad de apoyo en todos los aspectos de la vida, que probablemente se agrega a la que ya se le viene otorgando a los más jóvenes en el hogar.¹⁷⁹

En los hogares cubanos residen aproximadamente tres o más generaciones de personas lo que trae consigo conflictos generacionales y disfuncionabilidad familiar, situación ésta que en muchas ocasiones da al traste con el adecuado funcionamiento de la familia y el acelerado deterioro o desgaste de algunos de sus miembros dedicados total o parcialmente al cuidado de estas personas.¹⁷⁹⁻¹⁸² Por otro lado también existen hogares unipersonales donde el residente es un anciano solo¹⁷⁹ que por su condición de "viejo" demanda del cuidado y la atención a sus demandas de salud, situación ésta que debe

cubrir la familia o el Estado en caso de que ésta (la familia) no exista o no asuma la responsabilidad que le corresponde para con el anciano.

Es así que debido al incremento de personas en las que su vida se extiende hasta edades muy avanzadas y con ello la consiguiente asociación de la disminución de sus funciones para la vida diaria, la aparición de co-morbilidades y de discapacidades, deben existir y prevalecer las llamadas opciones de funcionamiento diurno, y diversificarlas en tantas variedades tipológicas como situaciones médico-sociales se puedan presentar.²⁰⁻²²

Según este planteamiento, las casas y círculos de abuelos representan las instituciones ideales para apoyar, tanto a adultos mayores, como a sus familiares,¹⁸⁰ pues además de que los segundos representan una experiencia genuinamente cubana sobre la aplicación de los criterios de promoción de salud, principalmente con la finalidad de mantener y/o recuperar las capacidades físicas, la sociabilidad y la autonomía, ambas instituciones abarcan acciones dirigidas a la ayuda social y a la reincorporación del anciano a labores socialmente productivas que mejoren el empleo de su tiempo y su presencia ante la sociedad.¹⁸³

En los testimonios brindados por los participantes, y en los resultados obtenidos de las observaciones realizadas por esta autora a diversas instituciones de este tipo, se pudo constatar que el número de casas y círculos de abuelos no resultan suficientes para satisfacer la cada vez más creciente demanda que tiene la población anciana. Además, de acuerdo al funcionamiento de estas instituciones se evidenciaron algunas deficiencias, merece señalarse que en algunos de estos espacios sólo se brinda atención de enfermería, y cuidados elementales y no tienen en cuenta otras actividades que también son muy importantes en la vida y el bienestar de los adultos mayores.

“Mire, en mi cuadra hay unos cuantos viejos, y no conozco de ninguno que esté vinculado a ningún Círculo de Abuelos, ni nada que se le parezca (...) nunca nadie me ha venido a invitar” (Usuaria, G-2, Jubilada, 71 años, Comunidad).

“Aquí yo tengo círculos de abuelos, y sólo he logrado mantener 3 durante estos años (...) con los médicos se hacen las dinámicas de grupo, las terapias donde se les explica, se hace promoción de salud, lo que pasa que en estos momentos tenemos un déficit de recursos y ha sido imposible extender todos estos programas de promoción de salud” (Directivo, G-3, 32 años).

“...llevo solamente 2 meses en este consultorio, veré cómo me las arreglo para formar de nuevo el círculo de abuelos?” (Prestadora, G-1, 29 años).

Al cierre del año 2016 se disponía en la provincia La Habana de 39 casas de abuelos y 33 hogares de ancianos¹⁵, número éste que en consideración de la autora y de los participantes en este estudio es insuficiente para cubrir las demandas de atención en salud de este grupo poblacional.

“...ya es hora de que vayamos pensando de que en lugar de tantos Círculos infantiles se hagan más hogares de ancianos...” (Usuario, G-2, Jubilado, 75 años, Servicios de salud).

“...se me murió mi esposo, mi hijo está afuera (vive fuera del país) y yo sola aquí sin nadie (...) yo quisiera estar en un asilo (...) por lo menos allí estoy acompañada y no tengo que cocinar...” (Usuaria, G-2, Ama de casa, 77 años, Comunidad).

“...yo vivo con mi tía que tiene 81 años, hace tiempo que estoy haciendo gestiones para ponerla en un hogar de ancianos y no he podido (...) me dicen que no hay plazas (...) yo estoy muy enferma y no puedo cuidarla...” (Usuaria, G-2, Ama de casa, 71 años, Comunidad).

El problema no se limita a la carencia de estas instituciones en la provincia, sino que se ha podido constatar que el estado constructivo en que se encuentran las mismas no es el adecuado, pues en algunos casos han sido casas de viviendas (destinadas ahora a estos fines) cuya construcción ya data de algunos años y necesitan reparación y/o

ampliación, además de la necesidad de sustituir su mobiliario y adecuar su arquitectura para estos fines. Estos aspectos deben quedar solucionados con lo propuesto en las estrategias actuales del MINSAP, donde se plantea la reparación y/o remodelación y el equipamiento necesario de estas instituciones.¹⁷⁵

“... además, en algunas actividades la calidad es mala, porque vamos a plantear así, que incluso en hogares de ancianos para aquellos “viejitos” que no tengan familia que van a vivir allí, no tienen la calidad requerida. Experiencia muy personal, trabajé en hogares de ancianos sin citar ningún tipo de dirección ni de hogar, pero la calidad era mala, pediculosis, escabiosis, mal olor, hacinamiento, falta de ventilación, de iluminación, es decir, que están en malas condiciones constructivas...” (Prestadora, G-1, 47 años).

“... este hogar llevaba 2 años cerrado...si, lo están reparando desde entonces...aún no está terminado, pero tenemos que abrir dos salas porque la demanda en el municipio es muy grande...” (Directiva, G-3, 53 años).

“... estamos pendientes de reparación...será para el próximo año...” (Directiva, G-3, 48 años).

Estos resultados se corresponden con lo reportado por Rocha y colaboradores¹⁶³ cuando al evaluar la satisfacción de prestadores y usuarios sobre la calidad de la atención en un hogar de ancianos, pudieron constatar que las respuestas positivas dadas por los prestadores no consiguieron siquiera el 60% de aciertos, ocupando las más bajas frecuencias la privacidad (10%) y la higiene de baños y habitaciones (45,0%), lo que habla a favor de hacinamiento y desfavorables condiciones de vida.

Según lo expresado por los entrevistados, los círculos, casas de abuelos, y los hogares de ancianos, incluían en sus inicios una serie de actividades dentro y fuera de las instituciones que en su conjunto contribuían al cuidado, protección y mejoramiento de la

salud de las personas de 60 años y más; pero por razones económicas y sus consecuencias para el sector, han ido desapareciendo paulatinamente.^{168, 180}

"...aquí hay un solo círculo de abuelos, hacen algunas actividades pero depende de ellos mismos (Se refiere a la economía de los propios adultos mayores), ellos van por ejemplo al Acuario Nacional, pero tienen que alquilar una guagua con sus propios recursos, reunirlos, pagarla, entonces van y además llevar su "dinerito" para allí comer algo si quieren o llevar su merienda, entonces a veces, porque yo sí lo he visto, muchos no van...¿Por qué no fuiste? porque tengo que llevar 20 pesos más llevar la merienda y yo si no tengo, pero ese es uno y mira la limitación que tiene, el resto está en la casa haciendo los mandados y esperando que llegue la comida". (Prestadora, G-2, 41 años).

Es innegable que la situación económica del país ha influido negativamente en las actividades y los servicios brindados a la población anciana, pero desde la perspectiva de esta autora, es insuficiente la gestión para encontrar alternativas; esto pudiera estar relacionado a que algunos de los directivos participantes en este estudio no se adjudicaron en sus discursos una posición objetiva dentro del envejecimiento, sino que sus miradas estuvieron reflejadas en las políticas y directrices de instancias superiores y no en la posición de ellos como sujetos involucrados, directamente dentro de la dinámica demográfica y sus consiguientes implicaciones.

Es cierto que no existen medios de transporte y todos los recursos necesarios para visitar lugares como por ejemplo: el Jardín Botánico, museos, exposiciones, entre otros, pero el simple hecho de visitar los parques de la comunidad, y convocar a los adultos mayores para participar de alguna actividad, se puede constituir en una alternativa de recreación y disfrute para ellos. Además, se pueden realizar paseos por los centros culturales de la comunidad, lo cual no exige de otra transportación que no sea el propio andar, para los que se encuentren en condiciones físicas de hacerlo, lo que además los ejercitaría físicamente, y los acercaría a los espacios culturales comunitarios.

La atención al adulto mayor, reviste hoy un hecho de especial importancia para el país, por lo que es preciso que se analicen las dificultades aquí mostradas, y se tracen estrategias que permitan pleno acceso de la población a estas instituciones además de incrementar las acciones que permitan satisfacer las demandas cada vez más crecientes de usuarios y prestadores.

Esta situación impone un nuevo reto para el sistema de salud cubano,^{55, 61, 62, 78, 113, 184} pues no sólo se trata de aumentar la esperanza de vida de la población, sino que se precisa mejorar la calidad de ésta, con la total satisfacción de sus necesidades (tanto reales u objetivas, como las que se construyen desde el sentir de los propios integrantes de este sector poblacional).

3.2.3.3. Necesidades sentidas de los usuarios

En varios momentos del presente informe, se han abordado temas en los que se vislumbra que rara vez se le pregunta a los usuarios (en este caso a las personas de 60 años y más), lo que ellos piensan sobre los servicios y las prestaciones de salud que se les ofrecen, y menos aún, sobre cuáles son sus propuestas para que dichas acciones se correspondan con sus demandas.

Los testimonios brindados por prestadores y usuarios muestran reclamos (implícita o explícitamente) de que se les otorgue la posibilidad de tener una participación activa en el proceso:

“... es decir, centrarles un poco más la atención al anciano en todos los aspectos, en todas las esferas sociales, mejorarlas, tenerlos en cuenta a ellos...” (Prestador, G-1, 49 años).

“Mire, yo tengo que caminar 9 cuadras para llegar aquí (se refiere al Policlínico) y luego subir al primer piso para verme con el ortopédico...” (Usuario, G-2, Jubilado, 67 años, Servicios de Salud).

"hay que preguntarles a ellos que es lo que realmente necesitan (...) al final lo que hacemos es para ellos...". (Prestadora, G-1, 35 años).

"aquí se les brinda todo lo que ellos necesitan (...) imagínese si le preguntamos a ellos nos volvemos locos, para eso están los expertos...". (Directivo, G-3, 35 años).

Los planteamientos de algunos directivos se encaminan a obviar las percepciones de la población beneficiaria de los servicios, lo que coincide con lo planteado por otros autores.¹⁶⁶ Barbis¹⁸¹ quien refiere que los ajustes a los procedimientos y estrategias de atención en salud, se han realizado básicamente por "expertos", que no se interesan por lo que pudieran aportar usuarios y prestadores. De hecho, tanto las percepciones de los participantes, como las evidencias encontradas en las observaciones realizadas, dan cuenta de que las prestaciones de servicios no han sido enfocadas de acuerdo a las características específicas de la población anciana.¹⁸²⁻¹⁸⁶

En el presente informe de investigación se han presentado evidencias de esta situación: sobre todo referidas a fluctuaciones y/o disponibilidad de los recursos humanos, accesibilidad geográfica a los centros asistenciales, insatisfacción de los prestadores con la sobrecarga de trabajo, entre otros. A ello se adiciona que los servicios de salud no ofrecen a este grupo poblacional ningún tipo de privilegio, como por ejemplo: otorgarle prioridades en la atención al igual que se establece con otros grupos poblacionales: gestantes y lactantes, situación ésta que genera ciertos cuestionamientos: ¿acaso las personas de 60 años y más no merecen estas consideraciones?, o ¿hay que esperar a que las personas presentes en el lugar se las confieran por su condición de adultos mayores?

"Mire, yo tuve que alquilar un bicitaxi para poder traer a mi mamá al laboratorio y llevo esperando 35 minutos para que nos atiendan (...) cualquiera llega y pasa (...) ya el muchacho del bici se fue, por tanto tengo que salir a buscar otro cuando termine aquí ..."(Usuaria, G-2, 65 años, Servicios de Salud).

“no, no, no...yo espero...ella tiene que pasar primero, está embarazada, al final yo no tengo más nada que hacer (Usuaria, G-2, Jubilado, 77 años, Servicios de salud).

“no, no se preocupe, estoy bien, esperaré a que me toque a mí...” (Usuaria, G-2, 72 años, Servicios de Salud).

...llego por la mañana y ya tengo a casi todos los viejos del barrio esperando por mi (...) me tienen loca... (Prestadora, G-1, 26 años).

La demanda de servicios de salud se hace creciente dadas las características propias de este grupo poblacional, se deben organizar los servicios, en todas las instancias, de manera que se les otorguen ciertas prioridades a los adultos mayores:

“...los viejos nos levantamos muy tempranito, nada cosa de viejo (ríe)...el otro día fui a hacerme análisis pero me tuve que ir porque estuve más de una hora y media esperando y no me tocaba mi turno (...) que va, voy otro día cuando haya menos gente... (Usuaria, G-2, Jubilado, 76 años, Servicios de salud).

Una de las necesidades sentidas por este grupo poblacional es referente a que ellos plantean que se les considere como un grupo con prioridades en cuanto a estancia en los servicios de salud, pues dadas sus condiciones físicas y el deterioro propio de los años no pueden permanecer tanto tiempo esperando por un servicio de salud, por lo que algunos expresan:

“madrugo en el consultorio para ser de las primeras...si no me cogen las calendas griegas... (Usuaria, G-2, Pensionada, 78 años, Servicios de salud).

“mira el otro día Felipa (haciendo referencia a una vecina) se me coló en la consulta del cardiólogo, ella es más o menos contemporánea conmigo, si ella no puede esperar yo tampoco... (Usuaria, G-2, Ama de casa, 77 años, Servicios de salud).

Se considera que esta es otra de las brechas que existen entre la atención que se brinda por parte de los servicios de salud y las necesidades sentidas por este grupo poblacional, lo cual debe ser considerada en organización de las prestaciones de salud. De esta manera, autores como García⁶⁷ plantean que los programas que se elaboran consideran fundamentalmente lo que creen que se necesita, sin embargo la población es la que más sabe sobre sus necesidades, las razones que las determinan y las condiciones por las que ocurren.^{182, 183}

Si el objetivo del SNS cubano se dirige brindar una atención de excelencia, con total satisfacción de las demandas de los usuarios, entonces resulta de esencial relevancia el hecho de tomar en consideración la manera en que la población "construye el concepto de calidad de la atención", e "interpreta la manera en que los servicios logren satisfacer sus demandas".^{171, 181, 184}

3.2.3.4. Gestión intersectorial

Tanto las necesidades reales y sentidas de los usuarios, como la satisfacción y/o solución de las mismas, no se circunscriben únicamente al ámbito del sector de la salud, sino que trascienden fronteras hacia otros sectores. Por ello, resulta muy importante la intersectorialidad, su significación y su utilidad ante el reto que implica para el SNS y la sociedad en general, el envejecimiento de la población cubana. En Cuba, el SNS tiene como objetivo central la salud, el bienestar, las condiciones y la calidad de vida de la población, siendo parte central de esta concepción la integración entre la organización económico-social, sus sectores, y la propia población.^{77, 79, 140, 187}

La intersectorialidad como piedra angular del SNS, ha contribuido al enfrentamiento de dificultades y a logros en el contexto socioeconómico cubano, por más de 50 años; siempre como una concepción que se encuentra en correspondencia con la voluntad política del Estado.^{27, 137-139, 141, 187}

Si bien este concepto ha sido ampliamente mencionado en el discurso de directivos y prestadores en general, se muestran evidencias de que existen carencias de conocimientos respecto a la esencia del concepto y pocas habilidades para la gestiones y la negociaciones intersectoriales, pues en primer lugar la identifican como un atributo más de las estrategias y programas existentes, y/o la perciben como el "apoyo" o "ayuda" que otros sectores podrían brindarle al SNS, y además, la entienden como una actividad de gestión personal, y no como un proceso que se inscribe en acciones coordinadas entre el SNS y los diferentes sectores de la sociedad.^{27, 126-128, 130, 174}

“...imagínese doctora, en lo que yo voy a hablar con el gerente o algún otro directivo de tal empresa “poderosa” para ver si me ayudan a resolver tal problema que tengo en mi área de salud, eso me toma muuucho tiempo y le digo que no tengo mucho...”
(Prestadora, G-1, 39 años).

“...ellos me dijeron que me iban a “ayudar”, (refiriéndose a una empresa constructora) con la filtración que tengo en el techo del consultorio y de eso hace más de 6 meses y nada...” (Prestadora, G-1, 41, años).

El profesor Castell-Florit Serrate^{27, 138, 139} plantea que el trabajo intersectorial no debe ser visto como una prestación, colaboración, o "ayuda" por parte de los sectores de la sociedad para lograr el bienestar de la población sino como una obligación de los mismos, dado que la salud es un producto social. Además refiere que la realización de una buena gestión intersectorial, requiere de la existencia de eficaces acciones de promoción de una “cultura de la salud” a través de la identificación de los recursos extra-sectoriales (adquisición de experiencias, métodos para el manejo, interpretación y comunicación con los ciudadanos y representantes de los sectores de la sociedad).^{27, 126-128, 130, 174}

La salud es una responsabilidad del Estado,^{27, 127, 128, 188} pero el envejecimiento de la población es un fenómeno de carácter multifactorial, en franco ascenso, por lo que en el escenario de un país con limitaciones económicas para enfrentarlo, como es el caso de

Cuba, resulta imperiosa la necesidad de que se aborde de manera multi e intersectorial, como un componente esencial para la producción social de la salud.¹²⁹⁻¹³¹

Aún de estar básicamente demostrado el valor que tiene esta herramienta para el logro de un equilibrio entre la cultura de la salud y la gestión eficiente de los servicios, y que con ello se contribuya a mejorar el papel social y los alcances de las acciones del sector salud, en conjunto con otros sectores económicos y sociales, en la actualidad ésta se encuentra menos universalizada y sistematizada en su ejecución, en comparación con momentos pasados, no sólo en el sector de la salud, sino que se extiende a otros sectores y a la economía.^{27, 126-128, 130, 174}

“Yo creo que, como ya dije, si ellos van a tener salud, incluye todo. Incluye desde el INDER que puede ayudar con las cosas deportivas, o gastronomía y comercio. Por ejemplo, nosotros tenemos donde van los viejitos a comer, pero hay que ver que la comida no está bien elaborada, la higiene no es la adecuada y todo eso influye, también ese es otro sector que si hiciera las cosas bien hechas, la mayoría de esos viejitos no se tuvieran que quejar, a pesar de tener la necesidad (...) lo primero es integrarnos todos y a partir de ahí entonces ver cómo vamos a (...) creo que si logramos una buena intersectorialidad el programa sale”. (Directivo, G-3, 38 años).

Diversos sectores del país están involucrados de una manera u otra, en la atención a las personas de 60 años y más,^{27, 138, 139, 141, 189 190} sin embargo en muchos casos, el trabajo que han realizado ha sido de manera individual, y en algunos casos sólo parcializada a determinadas demandas del sector salud o de la propia población anciana.

“nuestro sector ha trabajado en función de los adultos mayores (...) se ha creado la cátedra del adulto mayor (...) y varios han terminado y otros continúan...” (Directiva de Educación, G-4, 61 años).

Directivo (G-4): “...nosotros garantizamos que los pacientes que tienen diálisis sean recogidos y devueltos a sus casa por nuestros taxis, y no es menos cierto que a veces, con eso, también tenemos problemas”

Entrevistadora: ¿Y en el caso de los ancianos que requieren trasladarse para una consulta u otro evento diferente a las hemodiálisis, pueden solicitar servicio de taxi u otro transporte?

Directivo (G-4): “Dime tu!, esa es una pregunta difícil. Mire, lamentablemente no (...) Para ello hay que utilizar las modalidades de transporte urbano que existen...”(Directivo del Transporte, G-4, 63 años).

“...nosotros garantizamos alimentación a aquellos pacientes que nos llegan a través de la asistencia social (viejitos que viven solos, con escasos recursos, discapacitados ...) del resto no nos enteramos...” (Directivo de Comercio y Gastronomía, Restaurante El familiar, G-4, 63 años).

“...mire yo recuerdo que en los años 90 teníamos instructores de deportes y profesores de Educación física atendiendo “a la salud” sobre todo a los Círculos de Abuelos (...) ahora casi no existen Círculos de Abuelos y eso se ha perdido un poco...” (Directivo de Deportes y Recreación, G-4, 46 años).

“...en el caso de la seguridad social y a través de las direcciones municipales, brindamos el servicio de cuidadores en su domicilio para aquellos ancianos que lo necesitan y se les paga un salario (...) ah también se les ofrecen productos de aseo, ropa y hasta equipos electrodomésticos...” (Directiva de Trabajo y Seguridad Social, G-4, 55 años).

La brecha existente respecto a la participación de los diversos sectores para satisfacer las demandas de la población anciana, no está dada por la no participación de éstos, sino por el hecho de que las acciones realizadas no se encuentren integradas y coordinadas entre todos los sectores sociales.

Es necesario que se haga un uso adecuado del concepto de intersectorialidad, y que se comprenda que es “la acción coordinada entre instituciones representativas de diferentes sectores de la sociedad, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, bienestar, y la calidad de vida de la población”.²⁷

En todo país la salud pública se constituye en una de las principales fuerzas para la reflexión y la acción colectiva relacionada con la salud y el bienestar de las personas de 60 años y más. De manera, que si se logra una adecuada utilización de todas las herramientas de trabajo con que se cuenta y se concientiza por parte de todos los implicados la dinámica demográfica que vive Cuba y el mundo en la actualidad, se estará en condiciones de prepararse para enfrentar esta dinámica demográfica con las demandas que requiere la población cubana de 60 años y más.^{18, 95}

Consideraciones finales del Capítulo III

Las percepciones de directivos y prestadores refieren al envejecimiento como “un reto” y es interpretado por los más jóvenes como un proceso lejano, que no les permite situarse mental ni proyectivamente en esas edades, por lo que no concientizan objetivamente en sus imaginarios su papel como gestores de políticas y estrategias y la adopción de urgentes decisiones. Los adultos mayores refieren indistintamente satisfacciones e insuficiencias en cuanto a la atención de sus demandas de salud.

El sector salud cuenta con posibilidades para enfrentar el envejecimiento de la población cubana, tales como la cantidad y calidad de recursos humanos, la remodelación de las instituciones de salud, y dentro de ellas, la asignación de recursos tecnológicos, que permiten establecer diagnósticos tempranos en el espacio comunitario, como parte de las transformaciones del sector, sin embargo, existen dificultades asociadas a las necesidades económicas como consecuencia del bloqueo económico al país y otras de carácter subjetivo, relacionadas con la organización de los servicios, problemas

organizativos y la disponibilidad de personal calificado para la atención a este grupo poblacional.

La actual situación demográfica de Cuba es muy compleja y requiere de decisiones inmediatas para reducir el impacto económico y social que ya provoca en la sociedad cubana y que será mucho mayor en los años venideros. En este escenario complejo, donde la población de 60 años y más tiene y seguirá teniendo un peso importante, se requerirá de un uso sistemático de las gestiones intersectoriales para lograr la solución a los problemas de salud de la población anciana y con ello garantizar una adecuada calidad de vida a este grupo poblacional.

IV. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. Las percepciones sobre el envejecimiento demográfico de los directivos y prestadores de los servicios de salud, no expresan una verdadera comprensión de la complejidad de la actual situación demográfica de Cuba ni de la rapidez de su impacto en la sociedad cubana.
2. La mayoría de los entrevistados perciben el envejecimiento como “un reto”, el cual se enmarca en dos sentidos diferentes: por un lado adquiere un significado positivo, al haber logrado llegar a estas edades, aún de las múltiples adversidades por las que pudieron haber atravesado, y por el otro, es percibido como una etapa de la vida aparejada a la presencia de enfermedades, y carencias de recursos económicos, y de apoyo familiar.
3. Si bien no fueron explícitas las percepciones de los entrevistados en relación a las principales posibilidades que le atribuyen al sector salud para atender el envejecimiento demográfico cubano, al complementar sus discursos con los resultados de la revisión documental, se encontró que la existencia de los programas del Médico y la Enfermera de la Familia, y el de Atención Integral al Adulto Mayor, así como el número de profesionales y técnicos de la salud y su elevada calificación científica, la colaboración internacional, la remodelación de las instituciones de salud, y dentro de ellas, la asignación de recursos tecnológicos de avanzada, se destacan atributos fundamentales del sector.
4. Los servicios que se ofrecen al adulto mayor, según las percepciones de los sujetos del estudio, no están en correspondencia con los diseños de atención planteados en los programas rectores.
5. Desde la perspectiva de los participantes, las carencias económicas y la poca retribución de la jubilación afectan directamente la satisfacción de las necesidades de los adultos mayores, lo que contribuye al deterioro de su estado de salud.

6. Los entrevistados perciben, que el poco apoyo de la familia y en ocasiones la situación de “cierto sometimiento” a la cual pueden verse obligados algunos adultos mayores para obtener atención y compañía, les trae aparejados sentimientos de inferioridad, de subvaloración, de irrespeto, lo que conlleva a una desestabilización psico-afectiva y repercute directamente sobre su estado de salud y su calidad de vida.
7. La insuficiente formación y preparación de los recursos humanos, la poca disponibilidad de instituciones de salud destinadas a la atención de los adultos mayores (casas de abuelos, hogares de ancianos, entre otras), así como las constantes reorganizaciones que han traído consigo el deterioro de algunas estrategias de trabajo, inadecuado cumplimiento de la dispensarización y de las visitas al hogar, inestabilidad de los recursos humanos, y distanciamiento de los servicios de salud respecto a los espacios comunitarios, fueron las principales dificultades percibidas por los participantes.
8. Los programas y servicios de salud para el adulto mayor, según las percepciones de los actores del estudio, están diseñados a partir de las consideraciones de los proveedores y directivos del sector salud sin tomar en consideración las necesidades sentidas de los adultos mayores.
9. Si bien directivos y prestadores perciben utilizar en alguna medida la intersectorialidad, sus testimonios revelan desconocimiento e inadecuado uso de esta herramienta para la solución de los problemas salud de los adultos mayores.

V. RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Sugerir al Ministerio de Salud Pública que se valore la posibilidad de reorganizar los servicios y programas de salud destinados a la atención a los adultos mayores en aras de satisfacer las demandas de este grupo poblacional.
2. Sugerir al Ministerio de Salud Pública y dentro de éste al área de docencia, que se valore la posibilidad de ofrecer más modalidades de capacitación en temas de Geriatría que permitan capacitar a los recursos humanos con las competencias necesarias, para brindar prestaciones en salud que respondan a las especificidades de la población anciana; así como dotarlos de las herramientas necesarias, para hacer más factible la gestión y la negociación con otros sectores de la sociedad.
3. Sugerir al Ministerio de Salud Pública y dentro de éste al área de docencia, que se revisen los programas de formación de pregrado de profesionales y técnicos de la salud, con el objetivo de fortalecer los contenidos y habilidades que se requieren para el manejo de este grupo poblacional.
4. Sugerir al Ministerio de Salud Pública la realización de investigaciones que describan la utilización que hacen los adultos mayores de los servicios de salud, la accesibilidad que tienen a los mismos, así como la satisfacción de este grupo poblacional con la atención recibida.
5. Sugerir al Ministerio de Salud Pública y demás sectores sociales, el diseño de políticas públicas que tomen en consideración las necesidades sentidas de los adultos mayores y el papel de la familia y otros actores de la sociedad para garantizar una atención adecuada a este grupo poblacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borges A, Gómez H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública Mex [revista en la Internet]*. 1998 [Citado 7 Enero 2012]; 40(1):13-23. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400103.pdf>
2. Pacheco A, Herrera E, Sánchez R, Santibañez MP, Martínez X, Fernández MA. Utilización de los servicios de salud por población anciana. *Rev. Facultad de Medicina, UNAM [revista en la Internet]*. 2001; [Citado 7 Enero 2012]; 44(6):239-43. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2001/un016b.pdf>
3. Albala C, Lebrão ML, León EM, Ham R, Hennis J, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Publica [revista en la Internet]* 2005. [Citado 14 Abril 2012]; 17(5-6): 307-322 Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500003&lng=en.
4. Benítez ME. Envejecer en Cuba: mucho más que un indicador demográfico. *Revista Novedades en Población*, (2015).11(22) [Citado 14 Abril 2016]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181740782015000200002&lng=es&tlang=es.
5. Albala C, Lebrão ML, León EM, Ham R, Hennis J, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Publica [revista en la Internet]* 2005. [Citado 14 Abril 2012]; 17(5-6): 307-322 Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500003&lng=en.
6. Faulkner D. The older population and changing housing careers: Implications for housing provision. *Australasian Journal on Ageing, [revista en la Internet]* 2007. [Citado 11 Abril 2012]; 26(4): 6-152. Disponible en:

- <http://hinarigw.who.int/whalecomonlinelibrary.wiley.com/whalecom0/doi/10.1111/j.1741-6612.2007.00245.x/full7>.
7. Gardner D, Helmes E. Development of the interpersonal dependency scale for older adults. *Australasian Journal on Ageing*, [revista en la Internet]. 2007 [Citado 7 Enero 2012]; 26(1):40-4. Disponible en: <http://hinarigw.who.int/whalecomonlinelibrary.wiley.com/whalecom0/doi/10.1111/j.1741-6612.2007.00204.x/abstract>
 8. OMS. Datos y cifras: 10 datos y cifras sobre el envejecimiento y ciclo de vida. Resumen [revista en la Internet]. 2010 [Citado 14 Abril 2012]; Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/
 9. ONU. Previsiones demográficas mundiales, Revisión de 2006. Asuntos económicos y sociales. Naciones Unidas, Nueva York, 2007. [Revista en la Internet]. 2007 [Citado 14 Abril 2012]; pp.- 21 Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/Spanish.pdf>.
 10. Steed L, Boldy D, Grenade L, Iredell H. The demographics of loneliness among older people in Perth, Western Australia. *Australasian Journal on Ageing* [revista en la Internet]. 2007 [Citado 11 Nov 2013]; 26(2):81-6. Disponible en: <http://hinarigw.who.int/whalecomonlinelibrary.wiley.com/whalecom0/doi/10.1111/aja.2007.26.issue-2/issuetoc>
 11. Zieliński A. Ageing individuals and ageing populations. *Przegl Epidemiol*. 2014 [revista en la Internet] 2014. [Citado 29 Dic 2014]; 68(3):399-404. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25391002>.
 12. Camps E. Características antropométricas, funcionales y nutricionales de los centenarios cubanos [revista en la Internet]. 2012 [Citado 11 Nov 2014]; 97pp. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/564/1/Esmir_Camps.pdf
 13. Alfonso JC. El descenso de la fecundidad en Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica. *Rev Cub Salud Públ* [revista en la Internet]. 2006 [Citado 18 Abril 2012]; 32(1) Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100002&lng=es&nrm=iso

14. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en las Américas. Indicadores básicos 2007. Washington, D.C. [revista en la Internet]. 2007. [Citado 31 May 2013]; Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB_2007_SPA.pdf
15. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2016 [revista en la Internet]. 2016 [Citado 8 May 2016]; 231pp. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2016/05/anuario-2016-esp-e.pdf>.
16. Albizu-Campos JC, De Almeida DF. Dinámica demográfica cubana. Antecedentes para un análisis Rev Novedades en población [revista en la Internet]. 2013. [Citado 8 May 2016]; pp. 1-35. Disponible en: http://www.ensap.sld.cu/bvgenero/sites/files/13_CEDEM_ACEJC_DDC.pdf
17. Rodríguez G Albizu-Campos JC. La población de Cuba hoy. Rev Nov Pob. [revista en la Internet]. 2015 [citado 13 Feb 2016]; 11.(22) Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000200001&lng=es&nrm=iso>
18. Collazo MI, Calero JL, Rodríguez AL. Necesidades, realidades y posibilidades del sistema de salud cubano para su enfrentamiento al envejecimiento poblacional. Rev. Cub Salud Públi; [revista en la Internet]. 2010 [Citado 11 Abr 2012]; 36(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200009&lng=es
19. Castañeda I, Villalón ON. Necesidades de servicios de salud en mujeres y hombres mayores de 60 años. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2013 [citado 13 Feb 2014]; 29(1):36-43; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100006&nrm=iso

20. Aleaga YY, Serra MA, Cordero G. Neumonía adquirida en la comunidad: aspectos clínicos y valoración del riesgo en ancianos hospitalizados. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2015 Sep [citado 11 Mayo 2016]; 41(3): 413-426. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300003&lng=es.
21. García M, Abreu I, Ruíz AK, Espinosa J, Salinas TM. Prescripción farmacológica en ancianos hipertensos hospitalizados. Rev Cubana Farm [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 12 Mayo 2016]; 47(4): 475-482. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152013000400007&lng=es.
22. López J, Valladares R, Cuan R, Duménigo O. Morbimortalidad por abdomen agudo en el paciente geriátrico. Archivo Médico de Camagüey [revista en Internet]. 2015 [citado 11 Mayo 2016]; 5(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en:<http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3424>
23. Pérez V, Sierra F. Biología del envejecimiento. Rev Méd Chile; [revista en la Internet]. 2009 [Citado 11 Nov 2011]; 137:296-302 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200017&lng=es&nrm=iso
24. Zorrilla AE. El envejecimiento y el estrés oxidativo. Rev Cubana Invest Bioméd [revista en la Internet] 2002. [Citado 11 Nov 2011]; 21(3):178-185 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002002000300006&script=sci_arttext
25. Contandriopoulos AP. Elementos para una “topografía” del concepto de Salud. Ruptures, Revista Interdisciplinaria de la Salud, 2006[revista en la Internet]. 2006 [Citado 14 Abril 2016]; 11 (1), 86-99. Disponible en: [https://scholar.google.com/scholar?hl=es&q=Elementos+para+una+%E2%80%9Ctopograf%C3%A3da%E2%80%9D+del+concepto+de+Salud&btnG=&lr=##](https://scholar.google.com/scholar?hl=es&q=Elementos+para+una+%E2%80%9Ctopograf%C3%A3da%E2%80%9D+del+concepto+de+Salud&btnG=&lr=#)
26. Calero JL, Collazo MI. La metodología cualitativa dentro del proceso de investigación científica en ciencias de la salud. Rev haban cienc méd [revista en

- Internet]. 2017 [citado 13 Dic 2017]; 16(4): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2079>
27. Castell-Florit P, Gispert E de los A. Intersectorialidad en el contexto socioeconómico cubano y sus implicaciones en la salud de la población. Rev Cub. Salud Pública [revista en la Internet]. 2012 [citado 5 Oct 2015]; 38(supl.5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100004&lng=es
28. Chong. A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2012 [Citado 8 Feb 2014]; 28(2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252012000200009&script=sci_arttext&tlang=en
29. Ramírez Y. Sentido de vida en la ancianidad. Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana [revista en la Internet]. 2005 [Citado 11 Nov 2013] 2(2) Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/>
30. Pérez R, Mato R, Méndez T, Sánchez E. Ansiedad y depresión en ancianos cubanos con deterioro cognitivo leve: un acercamiento desde sus vivencias. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [revista en la Internet]. 2013 [Citado 8 Ene 2013]; 10(3) Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph3-2013/hph%2002313.html>
31. Torres L, Martín M, Pérez R, Riquelme A. Afectividad positiva y negativa en ancianos con y sin sintomatología depresiva, ansiosa o mixta. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [revista en la Internet]. 2013 [Citado 11 Dic 2013]; 10(2) Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph2-2013/hph%2001213.html>
32. Cabana D, Guridi MZ, Franco V. Caracterización biopsicosocial de ancianos solos en el área de salud de Calabazar, Boyeros. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana [revista en la Internet]. 2014[Citado 15 Dic 2014]; 11(2) Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/2014/nro%202/caracterizacion%20biopsicosocial.html>
33. Calazán A. Calidad de vida y rehabilitación del adulto mayor en el Hospital Psiquiátrico de La Habana. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana.

- [revista en la Internet]. 2014 [Citado 11 Dic 2014]; 11(2) Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/2014/nro%202/calidad%20de%20vida.htm>
34. Fernández D, Gallardo Y, Fonseca M. La violencia al adulto mayor un problema en un área de salud granmense. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [revista en la Internet]. 2011 [Citado 14 Abr 2012]; 8(2) Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0211/hph04211.html>
35. Sánchez YI. Depresión en adultos mayores, síntomas y prevalencia en la comunidad. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [revista en la Internet]. 2010 [Citado 11 Dic 2010]; 7(1) Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0110/hph02110.html>
36. Rifiotis, T, Brunatti, OG. (). En los campos de la violencia: diferencia y positividad. Avá [revista en la Internet]; 2015; [Citado 14 Abr 2015]; (27), 103-116. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18511694201500020006&lng=es&tlang=es.
37. 37. Lenardt MH, Binotto MA, Carneiro NHK, Cechinel C, Betiolli SE, Lourenço TM. Handgrip strength and physical activity in frail elderly. Revista da Escola de Enfermagem da USP [revista en la Internet]; 2016; [Citado 11 Dic 2017]; (50), 86-92 pp.]; Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100086&nrm=iso.
38. Ubbelohde T. La convivencia generacional en el trabajo médico. Rev Med Int Méx [revista en la Internet]; 2015. [citado 13 Feb 2016];31 (5):611-615 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim155n.pdf>
39. PCC. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. Partido Comunista de Cuba. 2011.
40. Molina M. La cátedra del adulto mayor: una iniciativa pedagógica en Cuba en, mayo 2014. Rev. Caribeña de Ciencias Sociales [revista en la Internet]. 2014

[Citado 14 Abr 2015]; 8(2) Disponible en: <http://caribeña.eumed.net/catedra-adulto-mayor/>

41. A Alvarado M, Salazar AM. Análisis del concepto de envejecimiento· Rev Gerokomos Madrid [revista en la Internet]. jun2014 [Citado 30 Dic 2014]; 40(5):792-80 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134928X2014000200002&script=sci_arttext
42. Martínez L, Menéndez J, Cáceres E, Baly MJ, Vega E, Prieto O. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbilidad. RESUMED [revista en la Internet]. 1999 [Citado 11 Mayo 2012]; 12(2):77-90 Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol12_2_99/res05299.htm
43. WHO. Official Records of the World Health Organization, Preguntas más frecuentes. [revista en la Internet]. 2009 [Citado 11 Mayo 2012]; Nº 2, p. 100. 137:296-302 Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
44. CELADE. América Latina. Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. Indicadores seleccionados 1950-2100. División de Población de la CEPAL. Revisión [revista en la Internet]. 2015 [citado 13 Feb 2016]; Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/6/42165/P42166.xml&xsl=/deype/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>
45. UNDESA. Population Ageing and Development 2012. Wall Chart 2012 [revista en la Internet]. [citado 13 Feb 2016]; Disponible en: www.un.org/en/development/desa/population/publications/ageing/population-ageing-development-2012.shtml.
46. HelpAge International. INDEX, Global AgeWatch. Insight report, summary and methodology [revista en la Internet]. 2015 [citado 13 Feb 2016]; Disponible en: <http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology>.

47. Fong A, Sánchez I, González R. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Colección Documentos. Informe, España. [revista en la Internet]. 2012 [citado 13 Feb 2016]; Disponible en: <http://www.ine.es/poblacion/mayores/espaa.htm>

48. CELADE. Anuario estadístico de América Latina y El Caribe. Publicación de las Naciones Unidas. [revista en la Internet]. 2014 [citado 13 Feb 2016]; Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/6/42166/P42166.xml&xsl=/deype/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>

49. Nieto ML, Alonso LM. ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional? Rev. Cient Salud Uninorte, [revista en la Internet]. 2010 [Citado 22 Dic 2013]; 23(2) Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4043>

50. Batthyány K. Envejecimiento, cuidados y género en América Latina. Ponencia presentada en el Seminario internacional "Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la red nacional de cuido de las personas adultas mayores en Costa Rica". Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR, Uruguay. [revista en la Internet]. 2014 [citado 13 Feb 2016]; Disponible en: <http://socinfo.eclac.org/dds/noticias/paginas/3/41413/battyany.pdf>

51. Aja A. Cuba y su migración internacional. En: Mesa Redonda: Hacia una política de población cubana. Revista Novedades en Población, [revista en la Internet] 2009 [Citado 18 Ago 2012]; 5(9): Disponible en: <http://www.cedem.uh.cu/Revista/Año%205,%20Número%209,%202009.html>.

52. San Marful OB. Los migrantes y las ciudades: nuevas colaboraciones para gestionar la movilidad. Revista Novedades en Población [revista en la Internet] 2016, 12(23), 128-130. [Citado 18 Ago 2016]; Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181740782016000100012&lng=es&tlang=es.

53. Albizu-Campos JC. Escenarios demográficos hacia 2030. Revista Novedades en Población [revista en la Internet].2015 [Citado 18 Dic 2015]; 11(21): Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000100001&lng=es&tlang=es.
54. Hernández R. Envejecimiento. En: Mesa Redonda: Hacia una política de población cubana. Revista Novedades en Población [revista en la Internet]. 2009 [Citado 18 Ago 2012]; 5(9): Disponible en: <http://www.cedem.uh.cu/Revista/Año%205,%20Número%209,%202009.html>
55. Torrado AM, Sánchez L, Somonte R, Cabrera AM, Henríquez PC, Lorenzo O. Envejecimiento poblacional: una mirada desde los programas y políticas públicas de América Latina, Europa y Asia. Revista Novedades en Población [revista en la Internet]. 2014. [Citado 18 Ago 2012]; (10) 18-29: Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782014000100002&nrm=iso.
56. ONE. La Habana. Una mirada a Cuba. Oficina Nacional de Estadísticas, La Habana, 2010: [revista en la Internet]. 2010 (Citado 3 Dic 2013); Disponible en: <http://www.one.cu/publicaciones/08informacion/2010unamiradaacuba/06La%20Habana.pdf>
57. Vega M, Vega M. Tendencia de la fecundidad en Cuba, sus principales causas y consecuencias. Rev Cubana Salud Pública. [revista en la Internet]. 2014; Abril-Junio [Citado 18 Nov 2014]; 40(2): Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/43/29>
58. ONEI. Una mirada a Cuba. Oficina Nacional de Estadísticas [revista en la Internet]. 2010 [Citado 18 Nov 2014]; 40(4): Disponible en: <http://www.one.cu/publicaciones/08informacion/2010unamiradaacuba/06La%20Habana.pdf>

59. ONEI. Panorama Demográfico de Cuba 2014. Oficina Nacional de Estadísticas [revista en la Internet]. 2014 [Citado 1 Nov 2015]; Disponible en: http://www.one.cu/publicaciones/cepde/anuario_2014/.
60. Alfonso M, Rodríguez G. La evolución demográfica cubana: una mirada desde las teorías transicionales. ¿Dónde estamos? Revista Novedades en Población. [revista en la Internet]. 2016; (12) 1-13. [Citado 1 Nov 2015]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782016000200001&nrm=iso.
61. Miranda A, Hernández L, Rodríguez AL. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Rev Cub Med Gen Integr; [revista en la Internet]. 2009 [Citado 7 Marzo 2012]; 25(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300003&lng=es&nrm=iso
62. Lugones MI. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Rev. Cub. Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2012 [Citado 11 Nov 2013]; 18(4):287-89 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400013&lng=es&nrm=iso&tlang=es.
63. Cardona D. Envejecimiento poblacional: reto a la salud pública. CES Salud Pública. [revista en la Internet]. 2013 [citado 13 Feb 2016]; 4:82-83 Disponible en: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2875/2089
64. Jaspers D. Población y Salud en América Latina y el Caribe. Retos pendientes y nuevos desafíos Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas. CEPAL [revista en Internet]. 2010 [Citado 11 Mayo 2012]; (LC/L.3216-CEP.2010/3) Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/39271/CEPD_DirkJaspersFaijer.pdf.
65. Hermosilla-Ávila A, Paravic-Klijn T, Valenzuela-Suazo S. Fuerza laboral que envejece, ¿Qué hacer ante esta tendencia? Cienc Trab [revista en Internet]. 2015 Dic [Citado 11 Mayo 2016]; (54) 166-70. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492015000300002&lng=es.

66. García RG, Rodríguez A, de Vos P, Vander P. Utilización de los servicios del nivel primario de atención por los ancianos en tres policlínicos de Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 13 Feb 2016]; 50(3): 320-329. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000300007&lng=es.
67. Martínez A, Terrazas P, Álvarez F. Cómo reducir las inequidades de salud actuando sobre sus determinantes sociales: el papel del sector salud en México. Rev Panam Salud Pública. [revista en la Internet]. 2014 [Citado 22 Dic 2014]; 35(4):264–9 Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n4/05.pdf>
68. Neciosup JE, Castro E, Ramírez R. Demanda de atención de salud de la población adulta mayor de la provincia del Santa. In Cres [revista en la Internet] .2014 [citado 06 Feb 2015]; 5(1):4957 Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/incipiente/article/view/230/124>
69. Sánchez JJ. Envejecimiento de la población y la amenaza del sistema público de pensiones. [revista en la Internet]. 2014 [Citado 22 Dic 2014]; Disponible en: <http://www.solidaridad.net/noticia/8533/envejecimiento-de-la-poblacion-y-la-amenaza-del-sistema-publico-de-pensiones>
70. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Resumen. 2015.
71. WHO. What is universal coverage? [revista en la Internet]. 2017 [Citado 22 Dic 2017]; Disponible en: http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/.
72. Pérez Andrés C. Hacia la cobertura sanitaria universal: El concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer. Revista Española de Salud Pública [revista en la Internet]. 2013; [citado 13 Feb 2016]; (87):1-2. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000100001&nrm=iso.

73. Márquez NE. El ingreso en el hogar como proceso de la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2012 Mar. [citado 13 Feb 2016]; 28(1): 72-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000100009&lng=es.
74. Cuesta L. La dispensarización en el Policlínico Universitario Docente de Playa previo a la reorganización de los equipos básicos de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 13 Feb 2016]; 26(4): 588-594. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000400001&lng=es.
75. Sosa I, Lefévre P, Guerra M, Ferrer L, Rodríguez A, Herrera D et al. Empoderamiento comunitario en salud en tres municipios cubanos. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 13 Feb 2016]; 29(2): 184-191. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200009&lng=es.
76. Atun R, Odorico L, Monteiro de Andrade G, Almeida, D, T. Dmytraczenko, Frenz P, García P et. al. La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 13 Feb 2016]; 50(3): 320-329. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
77. González R, Cardentey J .Longevidad de la sociedad cubana en el siglo XXI: retos y desafíos [revista en la Internet]. 2015. [citado 13 Feb 2016]; 87(1):3-9. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh152p.pdf>
78. Odorico L, Pellegrini A, Solar O, Rígoli F, Malagón de Salazar L, Castell-Florit P, et al. Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudios de caso en países latinoamericanos. MEDICC Review [revista en la Internet]. 2015 [citado 13 Feb 2016]; 17(1): 53-61 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo oa?id=437542099012>.

79. Brito KQD, Menezes TNd, Olinda RAd. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. Revista Brasileira de Enfermagem [revista en la Internet]. 2016; [citado 6 Nov 2015]; (69): 25-32 Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500825&nrm=iso.
80. Casanova Moreno MdIC, Trasancos Delgado M, Prats Álvarez OM, Díaz Hernández G. Caracterización de ancianos frágiles con diagnóstico de diabetes tipo 2 y sus cuidadores. Gaceta Médica Espirituana [revista en la Internet]. 2016; [citado 3 Nov 2016]; (18) 22-32 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212016000100004&nrm=iso.
81. Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP, Haas VJ, Fhon JRS, Diniz MA. Association of frailty in hospitalized and institutionalized elderly in the community-dwelling. Revista Brasileira de Enfermagem [revista en la Internet].2016; [citado 6 Nov 2017]; (69): 691-6 Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400691&nrm=iso.
82. Fhon JRS, Rodrigues RAP, Neira WF, Huayta VMR, Robazzi MLdCC. Fall and its association with the frailty syndrome in the elderly: systematic review with meta-analysis. Revista da Escola de Enfermagem da USP [revista en la Internet]. 2016; [citado 6 Nov 2017]; (50):1005-13 Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000601005&nrm=iso.
83. González Rodríguez R, Cardentey García J, Hernández Díaz DdIC, Rosales Álvarez G, Jerez Castillo CM. Comportamiento de la fragilidad en adultos mayores. Revista Archivo Médico de Camagüey [revista en la Internet].2017; [citado 6 Nov 2017]; (21): 498-509 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400008&nrm=iso.

84. Grden CRB, Lenardt MH, Sousa JAVd, Kusomota L, Dellaroza MSG, Bettioli SE. Associations between frailty syndrome and sociodemographic characteristics in long-lived individuals of a community. Revista Latino-Americana de Enfermagem [revista en la Internet].2017. [citado 6 Nov 2017]; 25. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100339&nrm=iso.
85. Iriarte E, Araya A-X. Criterios de fragilidad en personas mayores que viven en la comunidad: una actualización de la literatura. Revista médica de Chile [revista en la Internet].2016; [citado 6 Nov 2016]; (144): 1440-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001100010&nrm=iso.
86. Sánchez M. Metodología de investigación en pedagogía social (avance cualitativo y modelos mixtos). Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria [revista en la Internet].2015. [citado 6 Nov 2015]; (25) 21-34. Disponible en: http://www.upo.es/revistas/index.php/pedagogia_social/.
87. Diccionario de Ciencias Sociales. UNESCO. Instituto de Estudios Políticos. Madrid, 1976. Vol. 2.
88. Ruiz Olabuénaga J.I. Metodología de la Investigación cualitativa. 4^a ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 2007.
89. Ruiz J. Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas. FQS. [revista en la Internet]. 2009 May [citado 16 Nov 2015]; 10(2):1-13 Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/64955/1/Art%C3%ADculo%20FQS%20%28espa%C3%B1ol%29.pdf>.
90. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Ed. Paidós, España, 1992 [Citado 11 Nov 2013]; Pág-100-132 Disponible en: http://www.onsc.gub.uy/enap/images/stories/MATERIAL_DE_CURSOS/Entrevista_en_profundidad_Taylor_y_Bogdan.pdf

91. Calero JL. La infertilidad, en la experiencia de varones cubanos que la padecen. En: ¿Y si hablas de...sde tu ser hombre? Violencia, paternidad, homoerotismo, y envejecimiento en la experiencia de algunos varones. (Coordinadores: Juan Guillermo Figueroa y Alejandro Salguero), Ed. COLMEX, México, 2014. ISBN: 978-959-212-707-4, pp.- 85-98
92. Díaz Z. Representaciones socioculturales de la infertilidad y de su atención en los servicios de salud. [revista en la Internet]. 2014 [Citado 11 Mar 2015]; Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/616/1/DiazBernal.pdf>.
93. Ascorra P, López V. Investigación cualitativa en subjetividad. Psicoperspectivas [revista en la Internet].2016 [Citado 11 Mar 2015]; (15) 1-4 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071869242016000100001&lng=es&tlang=en.
94. Collazo Ramos MI, Calero-Ricardo JL, Ramos Estrada R, Toledo Vila HdJ, Morón Pinedo D, Pariente Hernández TG, et al. Significados del envejecimiento desde la perspectiva de los ancianos. 2017 [revista en la Internet]. 16(4). [citado 13 Feb 2016]; Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2001/1894>.
95. Martínez M. Hermenéutica y análisis del discurso como método de investigación social. PARADIGMA, [revista en la Internet]. 2002 Jun [citado 16 Nov 2015]; 23(1):1-13 Disponible en: <http://revistas.upel.edu.ve/index.php/paradigma/article/view/3049/1442>
96. Onwuegbuzie AJ, Dickinson WB, Leech NL, Zoran AG. Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales. Paradigmas, [revista en la Internet]. 2011 Ene-Jun [citado 12 Nov 2016]; 3(1): 127-157 Disponible en: <http://publicaciones.unitec.edu.co/ojs/index.php/PAR/article/view/20/16>
97. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ta ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2006.

98. MINSAP. Programa de Atención al Adulto Mayor en Cuba. (Sin año) [revista en la Internet] [Citado 11 Nov 2012]; Disponible en: <http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/paamc/index.htm>
99. MINSAP. Programa del Médico y la enfermera de la familia. ECIMED. 2011. ISBN 978-959-212-705-0.
100. MINSAP. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. [Serie en Internet]. 2001 [citado 2013 Ago 22]; Disponible en: <http://liscuba.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=5255>
101. Plan de Estudios de la Carrera de Medicina. Ecimed, Ciudad de La Habana, 2004. ISBN 959-212-119-2
102. MINSAP, ISCMH. Residencia de Medicina General Integral. Plan de Estudios. In: Vicerrectoría de desarrollo, Instituto de Ciencias Médicas de La Habana, editors. 2004.
103. Sayago S. El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. Cinta moebio [revista en la Internet] 2014, n.49 [Citado 18 Ago 2015]; Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2014000100001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-554X. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2014000100001>.
104. González O, González L. El enfoque epistemológico empirista-inductivo en las investigaciones en el campo de la orientación educativa Rev Encuentro educacional [revista en Internet]. 2014.[citado 15 Feb 2016]; 22 (2) Disponible en: <http://www.produccioncientifica.luz.edu.ve/index.php/encuentro/article/view/21114>
105. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina [revista en Internet]. 2014 [citado 15 Feb 2016]; 1(2): Disponible en: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcaeem/article/viewFile/4982/4586>.

106. Diccionario de Ciencias Sociales. UNESCO. Instituto de Estudios Políticos. Madrid, 1976. Vol. 2.
107. González R. Las caídas en el hogar del adulto mayor: un reto para la sociedad cubana. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet]. 2015 [citado 13 Feb 2016]; 31(2): Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/5>
108. Llanes HM, López Y, Vázquez JL, Hernández R. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. 2015 [revista en Internet]. 2015 [citado 13 Feb 2016]; (1): Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707>.
109. Tavares M, Paiva Mariana M, Dias F, Diniz A, Martins P. Características sociodemográficas y calidad de vida de ancianos con hipertensión arterial sistémica que viven en la zona rural: importancia del papel del enfermero. Rev. Latino-Am. Enfermagem [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 13 Feb 2016]; 21(2): 515-522. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200515&lng=en.
110. Casanova Moreno MdIC, Trasancos Delgado M, Ochoa Ortega MR, Corvea Collazo Y, Morales Mayo MdJ. Trastorno depresivo y control glucémico en personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo 2. 2014 [revista en Internet]. 2014 [citado 14 Feb 2015]; 39(9). Disponible en: <http://www.revzoiomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/156>.
111. Linares N. Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2015 Mar [citado 13 Feb 2016]; 41(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100009&lng=es.
112. Manrique B, Salinas A, Moreno KM, Acosta I, Sosa AL, Gutiérrez ML, et al . Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. Salud

- pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 13 Feb 2016]; 55 (Suppl 2): S323-S331. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800032&lng=es.
113. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores.Terapia psicológica,[revista en la Internet]. 2012 [citado 13 Feb 2016]; 30(2), 23-29. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000200002&lng=es&tlang=pt.10.4067/S0718-48082012000200002.
114. Castillo D. Bioética y envejecimiento. Medwave [revista en la Internet] 2012 May [citado 13 Feb 2016]; 12(4) Disponible en: <http://medwave.net/doi:10.5867/medwave.2012.04.5343>
115. Vidal SV. Prevalencia de factores biopsicosociales relacionados con el proceso de fragilización en el adulto mayor cesante, en el Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor. [revista en la Internet]. 2013 Jul [citado 13 Feb 2016]; (3)2 Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7288>
116. Santos D, Albuquerque E, Zeviane M, Martins M. El proceso salud-enfermedad y la estrategia salud de la familia: la perspectiva del usuario. Rev. Latino-Am. Enfermagem Forthcoming [revista en la Internet]. 2014; [citado 13 Feb 2016]; Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2014nahead/es_0104-1169-rlae-0002-2496.pdf
117. Falque L. "La evidencia científica y el arte de envejecer."Anales Venezolanos de Nutrición. [revista en la Internet]. Jun; 2014 [citado 22 Dic 2015]; 27. (1): 2-3 Disponible en: <https://scholar.google.com/scholar?hl=es&q=La+evidencia+cient%C3%ADfica+y+el+arte+de+envejecer.&btnG=&lr=>
118. Reyes I, Castillo JA. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Rev Cubana Invest Bioméd [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 13 Feb 2016]; 454-459. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006&lng=es.

119. OMS. Programa sobre Envejecimiento y Salud. El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria. OMS. Documento programático. Traducido al español, octubre, 2003 (sin paginas).
120. Pérez AK. Cambio de roles en el adulto mayor antes y después de la jubilación. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG [revista en la Internet]. 2015 [citado 9 Feb 2015] 21 (3). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5091785>.
121. Carrera FJ. Aspectos positivos del envejecimiento. Farm Hosp. [revista en la Internet] 2014 Dic [citado 9 Feb 2017]; 38(6): 451-453. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432014000600001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.7399/FH.2014.38.6.8268>.
122. Martínez J, Capote J, Bermúdez G, Martínez Y. Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual. Medisur [revista en la Internet] 2014 Ago [citado 9 Feb 2015]; 12(4): 562-569. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000400002&lng=es.
123. Ramos AM, Yordi M, Miranda MA. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. AMC [revista en la Internet] 2016 Jun [citado 9 Feb 2017]; 20(3): 330-337. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300014&lng=es.
124. Cardona J A Álvarez MI Pastrana S. Restrepo. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Revista Ciencias de la Salud[revista en la Internet].2014 [citado 22 Ago 2015]; 12(2) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/revsalud12.2.2014.01>

125. Abades M, Rayón E. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social?. Gerokomos [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 9 Feb 2015]; 23(4): 151-155. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400002>.
126. Coronado R, Cruz E, Macías SI, Arellano A, Nava TI. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Rev Mex Med Fis Rehab [revista en la Internet]. Jun; 2013 [citado 13 Feb 2016]; 25(1):26-33. Disponible en <http://www.mediographic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>
127. Louro Bernal I, Bayarre Vea H, Alvarez Lauzarique ME. Implicaciones familiares y sanitarias del envejecimiento poblacional en la cobertura universal. Revista Cubana de Salud Pública [revista en la Internet]. 2015; [citado 22 Ago 2014]; 41. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500009&nrm=iso.
128. Louro Bernal I. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en la Internet]. 2004; [citado 13 Feb 2016]; 20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300005&nrm=iso.
129. Louro I. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública, [revista en la Internet]. 2003 [Citado 18 Ago 2012]; 29(1):48-51 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n1/spu07103.pdf>
130. Martínez S. La familia: una aproximación desde la salud. Rev Cub Med Gen Integr [revista en Internet]. 2001 [Citado 18 Ago 2012]; 17(3):257-62. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n3/mgi09301.pdf>
131. Limia Núñez Y, García Hernández A, Vargas González D, Núñez Quintero M, Martínez Escalona MR. Caracterización de la familia del adulto mayor. 2014 [revista en Internet]. 2014. [Citado 18 Ago 2012]; 08-15; 39(3). Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/253>.
132. Reyes Palau NC. La función cultural familiar y las relaciones generacionales. ¿distanciamiento familiar? Revista Pedagógica Maestro y Sociedad [revista en la

- internet] 2014 julio-sep [Citado 11 Nov 2015]; 11. (3). Disponible en: <http://revistas.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/view/1561/1530>
133. Alfonso JC. Experiencias de países. El caso de Cuba. En: Seminario Regional “Envejecimiento, Políticas Públicas y Desarrollo en América Latina. Retos presentes, necesidades futuras”. Cuaderno de Estudio de Población y Desarrollo 2010. CEPDE/ONE. La Habana, 2010.
134. Polizzi L, Arias C J. Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos revistas. [ucc.edu.co \[revista en la Internet\]](http://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/785). 2012 [citado 13 Feb 2016]; Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/785>
135. Rodríguez AL, Collazo MI, Calero JL, Bayarre HD. Intersectorialidad como una vía efectiva para enfrentar el envejecimiento de la población cubana. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 13 Feb 2016]; 39(2): 323-330. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200012&lng=es.
136. Castell-Florit P. La intersectorialidad, una tecnología que despegó con fuerza. Rev. Cub. Salud Pública [revista en la internet]. 2010 [Citado 1 Nov 2012]; 36(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200001&lng=es&nrm=iso&tlang=es.
137. Sánchez O, Martínez J, Gispert EA, Castell-Florit P. Acciones intersectoriales para una longevidad satisfactoria desde un envejecimiento activo. Convención Salud 2015. Disponible en: <http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/viewPaper/1730>
138. Castell-Florit P, Gispert E. La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2009 [citado 10 Feb 2012]; 35(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662009000100004&lng=pt

139. Castell-Florit P, Gispert EA, Lozano A. Cobertura universal de salud y conciliación de criterios en base a la experiencia cubana. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2015 [citado 2016 Ene 23]; 41(Suppl 1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500006&lng=es.
140. Bourdieu P. Cuestiones de sociología. Editorial Itsmo, Madrid, 2000, p. 164. [citado 13 Feb 2016]; Disponible en: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=%C3%A9+Cuestiones+de+sociolog%C3%ADA&author=Bourdieu+Pierre&publication_year=2000#
141. MINSAP. Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública. 2010.
142. Luna EC, Sierra Pérez DC, Gandul L. La transformación del policlínico en Cuba de cara al siglo XXI. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 13 Feb 2016]; 25(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200016&lng=es.
143. Diéguez L, Sosa I, Pérez AE. La impostergable participación comunitaria en la lucha contra el dengue. *Rev Cubana Med Trop* [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 13 Feb 2016]; 65(2): 272-276. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602013000200015&lng=es.
144. Carnota O. Tecnologías gerenciales. Una oportunidad para los sistemas de salud La Habana. 2005. ECIMED ISBN 959-212-179-6.
145. Gener N. Transformaciones necesarias en la atención primaria de salud. *Rev Ciencias Médicas* [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 13 Feb 2016]; 16(3): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000300001&lng=es.
146. Iñiguez L. Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 13

- Feb 2016]; 38(1): 109-125. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100011&lng=es.
147. Massip C, Ortiz RM, Llantá MC, Peña M, Infante I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 13 Feb 2013]; 34(4): Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es.
148. Montero JM, Ponce CE, Cervantes AD, Laborde DR. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de Rehabilitación Policlínico Antonio Guiteras, Habana Vieja. Rev tecnología de la salud [revista en la Internet]. 2014[citado 13 Feb 2015]; Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/332/383>
149. Rojas F. Toda obra humana puede mejorarse. Rev. cub. salud pública [Internet]. 2012 Sep [citado 13 Feb 2016]; 38(3): 344-346. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300001&lng=en.
150. Llanes C. Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2015 Feb [citado 13 Feb 2016];14(1): 89-96. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000100013&lng=es.
151. Lemus ER. Correspondencia entre teoría y práctica de la formación del especialista de medicina general integral. [Serie en Internet] 2014. [Citado UVS. Maestría virtual de "Salud y envejecimiento" [citado 13 Feb 2016]; Disponible en:
<http://aulauvs.sld.cu/course/category.php?id=19>
152. UVS. Curso virtual "Maltrato en el anciano". [citado 13 Feb 2016]; Disponible en:
<http://uvsfajardo.sld.cu/repercusion-social-del-maltrato-en-el-anciano>

153. UVS. Curso virtual "Caídas en el anciano".[citado 13 Feb 2016]; Disponible en: <http://uvsfajardo.sld.cu/caidas en el anciano>
154. Herrera PM, Martínez N, Navarrete C. Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet]. 2015[citado 13 Feb 2016]; 31(4): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/86>
155. Corugedo MC, García D, González VI, Crespo GA, González G, Calderín M. Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 13 Feb 2016]; 30(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252014000200006&lng=es.
156. Álvarez ME, Rocha M, Bayarre HD, Almenares K. Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 13 Feb 2016]; 30(4): 388-401. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252014000400001&lng=es.
157. Sintes M. Evolución del Sistema de Salud cubano. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2011 Ago [citado 13 Feb 2015]; 33(4): 556-563. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400019&lng=es.
158. López P, Segredo AL, García J. Estrategia de renovación de la atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 13 Feb 2016]; 40(1): 75-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100009&lng=es.
159. Nigenda GH, López I C, Ruiz JA, Herrera CM. Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México Rev Saúde

- Pública [revista en Internet]. 2013; Mar [citado 13 Feb 2016]; 47(1):44-51 - pdf: Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/07>.
160. Álvarez ME, Rocha M, Bayarre HD, Almenares K. Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 14 Feb 2016]; 30(4): 388-401. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000400001&lng=es.
 161. Sintes M. Evolución del Sistema de Salud cubano. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2011 Ago [citado 15 Feb 2015]; 33(4): 556-563. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400019&lng=es.
 162. López P, Segredo AL, García J. Estrategia de renovación de la atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 08 Feb 2016]; 40(1): 75-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100009&lng=es.
 163. Nigenda GH, López I C, Ruiz JA, Herrera CM. Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México Rev Saúde Pública [revista en Internet]. 2013; Mar [citado 18 Feb 2014]; 47(1):44-51 - pdf: Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/07>.
 164. Rocha M, Álvarez ME, Bayarre HD, Puig AY, Delgado Y, Oduardo M. Satisfacción de usuarios y prestadores de servicio en relación con la atención en el hogar de ancianos "General Peraza". Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2015 Ago [citado 13 Feb 2016]; 14(4): 496-505. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000400013&lng=es.
 165. Hernández LC. Desgaste profesional en especialistas en Medicina General Integral de la Atención Primaria de Salud. Plaza de la Revolución, 2007 y 2012

[Serie en Internet]. 2015 [Citado 15 Jul 2015]; Disponible en:
<http://tesis.repo.sld.cu/936/>

166. MINSAP. Programa de trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el policlínico y el Hospital. Ciudad de La Habana, marzo; 1988.
167. Libre J, et al. Epidemiología, diagnóstico e impacto de las demencias y otras enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores cubanos, 2002-2012. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba, [revista en la Internet]. 2012 [citado 20 Nov 2015]. Disponible en:
<http://www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/view/279>
168. Serra M. Las enfermedades crónicas no transmisibles en la Convención Internacional Cuba-Salud 2015. Revista Finlay [revista en la Internet]. 2015 [citado 29 Dic 2015]; (2):5 [aprox. 2 p.]. Disponible en:
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/362>
169. Placeres JF, Martínez J. El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia a treinta años de su inicio. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2014 Abr [citado 8 Dic 2015]; 36(2): 124-126. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000200001&lng=es.
170. Quintana R, Torres BL, Cruz A. Envejecimiento poblacional, un desafío para la atención primaria de salud. Acta Médica del Centro. [revista en la Internet]. 2015 [citado 12 Feb 2016] (4): 9 Disponible en:
http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/viewFile/306/pdf_18
171. Ruiz J. Integración del sistema de salud cubano: hecho relevante para el desarrollo de la docencia médica. EDUMECENTRO [revista en la Internet]. 2015 [citado 2 Sep 2015]; 7(2): [aprox. 15 p.]. Disponible en:
<http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/439>
172. Alfonso de León AG. Utilización inadecuada de los avances científicos técnicos del laboratorio clínico y del método clínico. Repercusión en los servicios de salud.

- Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. 2013 Ago [citado 5 May 2015]; 35(4): 386-396. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000400008&lng=es.
173. Moreno MA. El método clínico. Lecturas y lecciones. [revista en la Internet]. 2012. [Citado 30 Dic 2014]; [Disponible en:] http://www.bvs.sld.cu/libros/el_metodoclinico_lectura_lecciones/metodo_clinico02.pdf
174. Torres RM, Gran M. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cub Salud Públ, [revista en la Internet]. 2005 [Citado 18 Ago 2012]; 31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200006&lng=es&nrm=iso&tlang=es.
175. MINSAP. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. [monografía en Internet]. 2011 [Citado 22 Ago 2012] Disponible en: <http://www.intranet.sld.cu/sns/proyecciones-de-la-salud-publica-2015/documento-central-versiones/>
176. Baster JC. Adultos mayores en funciones de cuidadores de ancianos. Revista Cubana de Salud Pública, [revista en la Internet]. 2012 [citado 7 Ago 2015]; 38(1) Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/241>
177. Agost MR, Martín L. Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 22 Ago 2014]; 38(1): 126-140. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100012&lng=es.
178. Más P. Desarrollo, tendencia actual y retos de la Epidemiología en Cuba. Rev Cubana Med Trop [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 23 ago 2014]; 63(1): 5-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602011000100001&lng=es.

179. Catullo D. Abuelidad y transmisión psíquica entre generaciones. Conferencia proferida en el VI Congreso de Psicogerontología en La Paz, Bolivia, Octubre de 2015 Gerações Brasil [serie en la Internet]. 2015 [citado 13 Feb 2016]; Disponible en:
http://geracoes.org.br/novo_site/wpcontent/uploads/2015/12/ABUELIDADYTRANSMISIONPSIQUICAENTREGENERACIONES.docx.pdf
180. Creagh M, García D, Valdés R. Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2015 Dic [citado 2016 Feb 14]; 14(6): 884-886. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000600017&lng=es.
181. Barbis EB. La esposa del médico, su percepción del proceso salud-enfermedad y la utilización de los servicios de atención. SEDICI. Repositorio institucional de la UNLP. [revista en la Internet]. 2015 Sep [citado 2015 Dic 18]; 52(3): 214-227. Disponible en <http://hdl.handle.net/10915/49701>
182. García R. El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2011 [citado 13 Feb 2016]; Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000500015&lng=es.
183. Rodríguez López Tomás. La posibilidad del grupo de adultos mayores de participar activamente de forma constructiva en las transformaciones sociales. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2015 Ago [citado 13 Feb 2016]; 19(4): 594-597. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400002&lng=es.
184. Roque Y, Azcuy L, Toledo L. Política social para la atención a la vejez: una necesidad para Villa Clara. Rev Nov Pob [revista en la Internet]. 2015 [citado 16 Feb 2016]; 11 (22); Disponible en:

- <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1817-4078.
185. Rodríguez A, Collazo MI, Calero JL, Álvarez L, Castañeda I. Perceptions of older adults and health providers about accessibility to health services. *Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]*. 2017 Sep [citado 16 Feb 2016]; 43(3): 1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662017000300004&lng=es.
186. Hernández A, Falcón A, Navarro V, Puerto I. Demanda de asistencia médica en el Subsistema de Urgencias del Policlínico Área V de Cienfuegos durante el trienio 2007-2009. *Medisur [revista en la Internet]*. 2012 Abr [citado 13 Feb 2016]; 10(2): 120-127. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000200007&lng=es.
187. Cunill N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gest. polít. pública [revista en la Internet]*. 2014 [citado 3 Dic 2015] Dic. 23 (1):5-46. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1405-1079.
188. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Ley de Salud Pública de la República de Cuba de 1983. Ley Pub. No. 41. Ciudad de La Habana, Cuba; 1983.
189. Aja A, Rodríguez G, Martín JL, Benítez ME, Alfonso A, Araujo R, Lorenzo O. Propuesta de un enfoque estratégico para abordar el envejecimiento de la población. *Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. [revista en la Internet]*. 2014 [citado 3 Dic 2015] ;4(2):1-6 Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/viewFile/267/206>
190. García AA, García F. La medicina preventiva en la atención primaria de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas, [revista en la Internet]*. 2012 [citado 6 Dic 2015]; (11), 308-316. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S1729-519X2012000200016&lang=es>

ANEXOS

ANEXO 1

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Estudio sobre: PERCEPCIONES DE DIRECTIVOS, PRESTADORES Y USUARIOS, SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU ATENCIÓN EN SALUD.

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EL ESTUDIO A INSTANCIA MUNICIPAL E INSTITUCIONAL.

Buenos días/Buenas tardes

Mi nombre es Milagros Collazo Ramos, soy médica, Especialista de I Grado en MGI, y Profesora de Salud Pública de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, ICBP “Victoria de Girón”.

Por este medio se le informa que su municipio y sus áreas de salud han sido seleccionados para participar en un estudio que están realizando la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), junto al ICBP “Victoria de Girón” y al Instituto Nacional de Endocrinología (INEN); con el propósito de describir las percepciones que le atribuyen al envejecimiento de la población cubana los directivos, prestadores, y usuarios del sector salud; así como identificar las principales deficiencias y las posibilidades del sector, para la atención en salud de las personas de 60 años y más. Es por ello que le estamos solicitando su autorización para poder acceder a las diferentes áreas de salud enclavadas en su territorio las cuales han sido seleccionadas para llevar a cabo esta investigación.

Beneficios del estudio

La autorización para la realización del estudio en su territorio nos ayudará a obtener información sobre la atención en salud que se les brinda a las personas de 60 años y más desde las percepciones de los prestadores y los usuarios de los servicios de salud. Una vez concluida la investigación será informado de los resultados.

Firma del directivo
(opcional)

Nota: En caso que desee comunicarse con la Investigadora del estudio, puede hacerlo a la siguiente dirección:

Dra. Milagros Isabel Collazo Ramos
ICBP “Victoria de Girón”
Teléfono: 208 4877.
e-mail: milagros.collazo@infomed.sld.cu.

Firma de la investigadora

ANEXO 2

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Estudio sobre: **PERCEPCIONES DE DIRECTIVOS, PRESTADORES Y USUARIOS,
SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU ATENCIÓN EN SALUD.**

HOJA DE DATOS PERSONALES DE LOS PRESTADORES DE LOS SERVICIOS DE
SALUD.

Fecha:

Código del Entrevistado:

Hora de Inicio:

Hora de terminación:

- Edad: _____
- Sexo: _____
- Especialidad: _____
- Años de graduado: _____
- Años como especialista: _____
- Instancia donde se desempeña: _____

ANEXO 3

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Estudio sobre: **PERCEPCIONES DE DIRECTIVOS, PRESTADORES Y USUARIOS,
SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU ATENCIÓN EN SALUD.**

HOJA DE DATOS PERSONALES DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE
SALUD.

Fecha:

Código del Entrevistado:

Hora de Inicio:

Hora de terminación:

Lugar de la Entrevista: Comunidad: _____ Servicio de Salud: _____

- Edad: _____
- Sexo: _____
- Ocupación: _____
- Jubilado: _____
- Asistenciado social _____
- Ninguno: _____
- Convivencia: _____

ANEXO 4

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Estudio sobre: **PERCEPCIONES DE DIRECTIVOS, PRESTADORES Y USUARIOS,
SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU ATENCIÓN EN SALUD.**

HOJA DE DATOS PERSONALES DE LOS DIRECTIVOS DEL SECTOR SALUD Y DE
OTROS SECTORES SOCIALES.

Fecha:

Código del Entrevistado:

Hora de Inicio:

Hora de terminación:

- Edad: _____
- Sexo: _____
- Cargo: _____
- Años en el Cargo: _____
- Instancia donde se desempeña: _____
- Sector al que pertenece_____

ANEXO 5

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Estudio sobre: PERCEPCIONES DE DIRECTIVOS, PRESTADORES Y USUARIOS, SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU ATENCIÓN EN SALUD.

GUÍA TEMÁTICA PARA LA REALIZACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Introducción:

Agradecer el hecho de participar en la sesión de grupo focal.

Explicarles la importancia que tiene para el estudio su participación (enfatizar nuevamente, que si se sienten incómodos con las preguntas o con algún tópico que se trate en la sesión, pueden no participar o solicitar su interrupción, sin que eso traiga alguna consecuencia para ellos, pues ese es su derecho).

Es necesario recordarles la necesidad de que la sesión sea grabada, enfatizando que sólo la investigadora principal y el observador/anotador tendrán acceso a la información grabada, y que en aras de salvaguardar el anonimato de los participantes, se evitará dirigirse a ellos/as por sus verdaderos nombres, sino el título profesional (doctor/a o licenciado/a, y otros).

Describir cómo se desarrollará la sesión, enfatizando que deben pedir la palabra cuando deseen expresar sus percepciones, que todas éstas son válidas, que es necesario ser respetuosos al discrepar con algún compañero del grupo.

Presentación:

En este momento se le completará la Hoja de Informante al entrevistado.

Guía Temática:

- Percepciones y significados sobre el envejecimiento demográfico.
- Percepciones sobre la oferta de los servicios de salud para las personas de 60 años y más, en las diferentes esferas de actuación.

- Percepciones sobre la atención que se le brinda a estas personas, desde las necesidades (reales y/o sentidas) de estos actores.
- Percepciones de los actores involucrados en la atención a las demandas de salud de estas personas y cumplimiento de sus funciones.
- Percepciones sobre las limitaciones que atentan contra la atención a las personas de 60 años y más.
- Percepciones sobre el funcionamiento de otros sectores sociales, y de la comunidad respecto a la atención a las personas de 60 años y más.
- Percepciones sobre las posibilidades con las que cuenta el sector salud, para atender el fenómeno del envejecimiento de la población.
- Percepciones sobre las dificultades, que en su consideración, presenta el sector salud para atender el fenómeno del envejecimiento de la población.
- Percepciones sobre las posibles brechas que pudieran existir entre las demandas de atención en salud y la atención que se le brinda a este grupo poblacional.

ANEXO 6

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Estudio sobre: **PERCEPCIONES DE DIRECTIVOS, PRESTADORES Y USUARIOS,
SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU ATENCIÓN EN SALUD.**

GUÍA TEMÁTICA PARA LA REALIZACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES A LOS
USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Introducción:

Agradecer el hecho de participar en la sesión de grupo focal.

Explicarles la importancia que tiene para el estudio su participación (enfatizar nuevamente, que si se sienten incómodos con las preguntas o con algún tópico que se trate en la sesión, pueden no participar o solicitar su interrupción, sin que eso traiga alguna consecuencia para ellos, pues ese es su derecho).

Es necesario recordarles la necesidad de que la sesión sea grabada, enfatizando que sólo la investigadora principal y el observador/anotador tendrán acceso a la información grabada, y que en aras de salvaguardar el anonimato de los participantes, se evitará dirigirse a ellos/as por sus verdaderos nombres, solicitando de ellos/as algún sobrenombre por el que deseen ser llamados.

Describir como se desarrollará la sesión, enfatizando que deben pedir la palabra cuando deseen expresar sus percepciones, que todas éstas son válidas, que es necesario ser respetuosos al discrepar con algún compañero del grupo.

Presentación:

En este momento se le completará la Hoja de Informante al entrevistado.

Guía Temática:

- Percepciones y significados sobre el envejecimiento.
- Percepciones sobre la oferta de los servicios de salud para las personas de 60 años y más, en las diferentes instancias de salud.

- Percepciones sobre la atención que se les brinda a sus necesidades (reales y/o sentidas).
- Percepciones acerca del papel que desempeñan los diferentes actores involucrados en la atención de sus demandas de salud.
- Percepciones sobre las limitaciones que atentan contra la atención a las personas de 60 años y más.
- Percepciones sobre el funcionamiento de otros sectores sociales, y de la comunidad respecto a la atención a las personas de 60 años y más.
- Percepciones sobre las posibilidades con las que cuenta el sector salud, para atender el fenómeno del envejecimiento de la población.
- Percepciones sobre las posibles brechas que pudieran existir entre sus demandas de atención en salud y la atención que se le brinda a ellos como grupo poblacional.

ANEXO 7

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Estudio sobre: **PERCEPCIONES DE DIRECTIVOS, PRESTADORES Y USUARIOS,
SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU ATENCIÓN EN SALUD.**

GUÍA PARA LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD A DIRECTIVOS DEL SECTOR SALUD

Introducción:

Agradecer el hecho de participar en la entrevista.

Explicarle la importancia que tiene para el estudio su participación (enfatizar nuevamente, que si se siente incómodo con las preguntas o con algún tópico que se trate en la entrevista, puede solicitar su interrupción, pues es su derecho).

Describir como se desarrollará la entrevista, enfatizando que tiene la libertad de exponer todo lo que desee, y pidiéndole permiso para grabar la entrevista (enfatizarle que la información grabada, sólo será de conocimiento de la investigadora, y que en aras de salvaguardar la verdadera identidad del entrevistado, la investigadora se referirá a usted por su título profesional).

Presentación:

En este momento se le completará la Hoja de Informante al entrevistado.

Guía:

Calentamiento:

Percepciones, criterios, y significados sobre el envejecimiento.

¿Qué significado tiene para usted arribar a la tercera edad?

¿Qué elementos desearía que se tuvieran en cuenta cuando usted arribe a esa edad?

Profundización:

Percepciones acerca del envejecimiento demográfico.

¿Qué piensa usted cuando escucha o lee la frase “salud para las personas de 60 años y más”?

¿Qué reciben en términos de servicios de salud las personas de 60 años y más en su esfera de actuación?

Según su consideración, ¿Cuáles son las “demandas de salud del adulto mayor”?

¿Quiénes, en su consideración, están comprometidos con la atención de las demandas de salud de estas personas?

En su esfera de actuación

¿Qué atención se les brinda a personas de 60 años y más?

¿Qué actividades realizan las personas de esta edad?

Según su consideración, ¿Cuáles son las limitaciones que tienen estas personas para atenderse adecuadamente sus problemas de salud?

Según su consideración, ¿Qué otras instituciones o sectores deben ocuparse de la atención de estas personas?

¿Qué aspectos considera usted que deben tenerse en cuenta para mejorar la eficacia social de los programas que se acometen respecto al adulto mayor?

Cierre:

Criterios sobre las alternativas para atender las demandas en salud de los adultos mayores.

En su consideración, ¿cuáles son las principales estrategias para atender el envejecimiento demográfico?

¿Cómo el sector salud enfrentará esta problemática?

Conclusiones:

Se le agradecerá nuevamente al entrevistado el tiempo que nos brindó para la entrevista y en un ambiente de cordialidad se le responderá a las dudas y cualquier otra pregunta que el entrevistado desee formular.

ANEXO 8

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Estudio sobre: **PERCEPCIONES DE DIRECTIVOS, PRESTADORES Y USUARIOS,
SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU ATENCIÓN EN SALUD.**

GUÍA PARA LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD A DIRECTIVOS DE OTROS SECTORES SOCIALES

Introducción:

Agradecer el hecho de participar en la entrevista.

Explicarle la importancia que tiene para el estudio su participación (enfatizar nuevamente, que si se siente incómodo con las preguntas o con algún tópico que se trate en la entrevista, puede solicitar su interrupción, pues es su derecho).

Describir como se desarrollará la entrevista, enfatizando que tiene la libertad de exponer todo lo que desee, y pidiéndole permiso para grabar la entrevista (enfatizarle que la información grabada, sólo será de conocimiento de la investigadora, y que en aras de salvaguardar la verdadera identidad del entrevistado, la investigadora se referirá a ellos como compañera o compañero).

Presentación:

En este momento se le completará la Hoja de Informante al entrevistado.

Guía:

Calentamiento:

Percepciones sobre el envejecimiento.

¿Qué piensa usted. del incremento de las personas de 60 años y más en el país y específicamente en La Habana?

Profundización:

Repercusión del envejecimiento demográfico en el sector al que pertenece.

¿Qué reciben en términos de servicios las personas de 60 años y más en su esfera de actuación?

¿Qué estrategias ha trazado su sector para la atención a las demandas de las personas de 60 años y más?

¿Qué otros aspectos considera usted que deben tenerse en cuenta para mejorar la eficacia social de las acciones que desde su sector se acometen respecto al adulto mayor en la provincia?

Cierre:

¿Qué otras instituciones o sectores deben ocuparse de mejorar la calidad de vida de personas de esta edad?

Conclusiones:

Se le agradecerá nuevamente al entrevistado el tiempo que nos brindó para la entrevista y en un ambiente de cordialidad se le responderá a las dudas y cualquier otra pregunta que el entrevistado desee formular.

ANEXO 9

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Estudio sobre: **PERCEPCIONES DE DIRECTIVOS, PRESTADORES Y USUARIOS,
SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU ATENCIÓN EN SALUD.**

HOJA DE DATOS PARA LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS QUE RIGEN EL
TRABAJO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

- Programa de Atención Integral al Adulto Mayor
- Programa del Médico y la enfermera de la familia
- Carpeta metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina familiar

Nombre del programa: _____

Fundamentación:

Justificación:

Propósitos:

Objetivos:

ANEXO 10

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Estudio sobre: PERCEPCIONES DE DIRECTIVOS, PRESTADORES Y USUARIOS, SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU ATENCIÓN EN SALUD.

HOJA DE DATOS PARA LA REVISIÓN DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE
RECURSOS HUMANOS EN SALUD

- Programa de estudios de la carrera de Medicina
- Programa de formación de la residencia en Medicina General Integral

Nombre del programa: _____

Fundamentación:

Justificación:

Propósitos:

Objetivos:

Programa analítico:

Perfil del egresado:

ANEXO 11

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Estudio sobre: **PERCEPCIONES DE DIRECTIVOS, PRESTADORES Y USUARIOS,
SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU ATENCIÓN EN SALUD.**

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE EN SERVICIOS DE SALUD.

Ambiente general

Higiene

Arquitectura del lugar

Porte y aspecto del personal de la salud

Organización de los servicios

Afluencia de pacientes

Comportamiento de las personas de 60 años y más

Atención brindada por parte del personal de salud a los adultos mayores

Relación médico-paciente

ANEXO 12

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Estudio sobre: PERCEPCIONES DE DIRECTIVOS, PRESTADORES Y USUARIOS, SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU ATENCIÓN EN SALUD.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRESTADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Buenos días/Buenas tardes

Mi nombre es Milagros Collazo Ramos, soy médica, Especialista de I Grado en MGI, y Profesora de Salud Pública de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, ICBP “Victoria de Girón”.

Propósitos del estudio

Estamos solicitando su cooperación voluntaria para participar en un estudio que están realizando la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), junto al ICBP “Victoria de Girón” y el Instituto Nacional de Endocrinología (INEN); con el objetivo de: describir las percepciones de los prestadores del sector salud sobre: el envejecimiento de la población cubana, la relación entre las demandas de salud de la población anciana cubana y la atención que se les brinda y las principales deficiencias y posibilidades del sector, para atender las demandas en salud de los adultos mayores.

Procedimientos

Le pedimos que participe en una sesión de grupo focal, conformada por entre 7 y 10 personas, quienes (al igual que usted) se desempeñan como prestadores de los servicios de salud.

Durante esta sesión de grupo, los participantes van a intercambiar sus puntos de vista y sus percepciones, guiados por un coordinador de la actividad.

La reunión tendrá una duración aproximada de una hora y media. Ud. podrá participar de la conversación en la medida que lo deseé, y no está obligado/a a opinar si no quiere hacerlo. Todo lo que allí se diga será tratado con la mayor reserva y de manera confidencial. La reunión se realizará en un local donde no puedan entrar personas que no estén participando de la discusión del grupo. Si en algún momento se siente incómodo/a, puede retirarse si así lo desea, pues ese es su derecho.

Es importante hacerle saber, que en esta discusión grupal no se espera que hable sobre Ud. o sobre alguien que conozca. Estamos muy esperanzados que nos hable sobre sus puntos de vista entorno al envejecimiento de la población cubana, y las alternativas más eficaces para la atención a este grupo poblacional. Le sugerimos -a Ud. y a los/as otros/as participantes del grupo- que eviten referencias abiertas sobre algún compañero, porque no podemos garantizar que otros miembros del grupo no revelen algo de lo que allí se diga. Durante la reunión se irán formulando preguntas en aras de ir transitando - con el nivel de profundidad necesario- por aspectos relacionados con el tema de estudio.

Le pedimos que nos permita grabar las discusiones para poderlas analizar después, con el nivel de detalles requerido. Recuerde que todo lo que se discuta en el grupo, será tratado con la mayor confidencialidad, y sólo tendrán acceso a la información los investigadores responsables del proyecto. No obstante, si no deseara o no estuviera de acuerdo en que se grabara la discusión, entonces el observador deberá tomar notas de todas las intervenciones de cada participante y de las incidencias que ocurran durante la sesión.

Riesgos e incomodidades

Aunque sus testimonios serán grabados, estos serán utilizados confidencialmente. Su nombre no va a ser utilizado en ninguno de los informes o publicaciones que del estudio se hagan. Los archivos de audio serán guardados de manera segura (cifrados y con contraseña), y posteriormente al análisis de la información serán destruidos. Las transcripciones serán identificadas solamente por un código de identificación, asignados a cada persona participante. Algunas de las preguntas que se hagan, podrían hacerlo sentir incómodo, por lo tanto usted puede rehusarse a contestarlas y pudiendo interrumpir su participación en cualquier momento.

Beneficios del estudio

Si bien participar en el presente estudio no le traerá beneficios, su colaboración en esta investigación nos ayudará a comprender mejor los puntos de vista de los prestadores, en relación a las demandas de las personas de 60 años y más, y sus perspectivas en cuanto a la atención en salud.

Usted es completamente libre de participar en la investigación o rechazar hacerlo. Si acepta participar en el estudio, está en el derecho de abandonarlo en el momento que usted lo desee, como rechazar responder a algún tópico que le resulte incómodo. Su decisión de no participar en el estudio, o en algún aspecto en particular, no le afectará de manera alguna.

Anticipadamente agradecemos su participación, la cual será un valioso aporte al estudio que estamos realizando.

Si le queda alguna duda, no deje de preguntarnos lo que desee.

Declaración de la voluntariedad

Si ha comprendido todo lo anterior y está de acuerdo en participar en la investigación, le pedimos que marque con una X, en los casilleros mostrados a continuación:

- He entendido que el propósito del estudio es describir los significados que le atribuyen al envejecimiento de la población cubana los prestadores del sector salud; así como identificar las principales deficiencias y las posibilidades del sector, para la atención en salud de las personas de 60 años y más.
- He leído y/o me han leído, la información sobre el estudio, y he tenido la oportunidad de preguntar sobre los aspectos generales y específicos del mismo, con toda la libertad. Me han contestado satisfactoriamente las preguntas. Por ello, acepto participar voluntariamente (asistir a la reunión) como una de las personas que

integrarán el grupo, y entendiendo que tengo el derecho y la libertad de abandonar el mismo en cualquier momento, sin que ello me afecte de cualquier forma.

Firma del prestador/a
(opcional)

Nota: En caso que desee comunicarse con la Investigadora del estudio, puede hacerlo a la siguiente dirección:

Dra. Milagros Isabel Collazo Ramos
ICBP "Victoria de Girón"
Teléfono: 208 4877.
e-mail: milagros.collazo@infomed.sld.cu.

Firma de la investigadora

ANEXO 13

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Estudio sobre: PERCEPCIONES DE DIRECTIVOS, PRESTADORES Y USUARIOS, SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU ATENCIÓN EN SALUD. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS USUARIOS

Buenos días/Buenas tardes

Mi nombre es Milagros Collazo Ramos, soy médica, Especialista de I Grado en MGI, y Profesora de Salud Pública de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, ICBP “Victoria de Girón”.

Propósitos del estudio

Estamos solicitando su cooperación voluntaria para participar en un estudio que están realizando la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), junto al ICBP “Victoria de Girón” y el Instituto Nacional de Endocrinología (INEN); con el objetivo de: describir las percepciones que le atribuyen al envejecimiento de la población cubana las personas de 60 años y más; la relación entre las demandas de salud y la atención que se les brinda y las principales deficiencias y posibilidades que presenta el sector salud para atender a sus demandas de atención en salud.

Procedimientos

Le pedimos que participe en una sesión de grupo focal, conformada por entre 7 y 10 personas, quienes tienen similares edades a las de usted.

Durante esta sesión de grupo, los participantes van a intercambiar sus puntos de vista y sus percepciones, guiados por un coordinador de la actividad.

La reunión tendrá una duración aproximada de una hora y media. Usted podrá participar de la conversación en la medida que lo desee, y no está obligado/a a opinar si no quiere hacerlo. Todo lo que allí se diga será tratado con la mayor reserva y de manera confidencial. La reunión se realizará en un local donde no puedan entrar personas que no estén participando de la discusión del grupo. Si en algún momento se siente incómodo/a, puede retirarse si así lo desea, pues ese es su derecho.

Es importante hacerle saber, que en esta discusión grupal no se espera que hable sobre usted o sobre alguien que conozca. Le sugerimos -a usted y a los/as otros/as participantes del grupo- que eviten referencias abiertas sobre algún compañero, porque no podemos garantizar que otros miembros del grupo no revelen algo de lo que allí se diga. Durante la reunión se irán formulando preguntas en aras de ir transitando -con el nivel de profundidad necesario- por aspectos relacionados con el tema de estudio.

Le pedimos nos permita grabar las discusiones para poderlas analizar después con el nivel de detalles requerido. Recuerde que todo lo que se discuta en el grupo, será tratado con la mayor confidencialidad, y sólo tendrán acceso a la información los investigadores responsables del proyecto. No obstante, si no deseara o no estuviera de acuerdo en que se grabara la discusión, entonces el observador deberá tomar notas de todas las intervenciones de cada participante y de las incidencias que ocurran durante la sesión.

Riesgos e incomodidades

Aunque sus testimonios serán grabados, estos serán utilizados confidencialmente. Su nombre no va a ser utilizado en ninguno de los informes o publicaciones que del estudio se hagan. Los archivos de audio serán guardados de manera segura (cifrados y con contraseña), y posteriormente al análisis de la información serán destruidos. Las transcripciones serán identificadas solamente por un código de identificación, asignados a cada persona participante. Algunas de las preguntas que se hagan, podrían hacerlo sentir incómodo, por lo tanto usted puede rehusarse a contestarlas y pudiendo interrumpir su participación en cualquier momento.

Beneficios del estudio

Si bien participar en el presente estudio no le traerá beneficios inmediatos, su colaboración en esta investigación nos ayudará a comprender mejor los puntos de vista de los adultos mayores, en relación a las demandas de las personas de su grupo de edad, y sus perspectivas en cuanto a la atención en salud, lo que esperamos pueda traducirse en una atención futura de mayor calidad.

Usted es completamente libre de participar en la investigación o rechazar hacerlo. Si acepta participar en el estudio, está en el derecho de abandonarlo en el momento que lo desee, como rechazar responder a algún tópico que le resulte incómodo. Su decisión de no participar en el estudio o en algún aspecto en particular, no le afectará de manera alguna.

Anticipadamente agradecemos su participación, la cual será un valioso aporte al estudio que estamos realizando.

Si le queda alguna duda, no deje de preguntarnos lo que deseé.

Declaración de la voluntariedad

Si ha comprendido todo lo anterior y está de acuerdo en participar en la investigación, le pedimos que marque con una X, en los casilleros mostrados a continuación:

- He entendido que el propósito del estudio es describir los significados que le atribuyen al envejecimiento de la población cubana las personas de 60 años y más; así como identificar las principales deficiencias y posibilidades que presenta el sector salud para atender a sus demandas en este sentido.
- He leído y/o me han leído, la información sobre el estudio, y he tenido la oportunidad de preguntar sobre los aspectos generales y específicos del mismo, con toda la libertad. Me han contestado satisfactoriamente las preguntas. Por ello, acepto participar voluntariamente (asistir a la reunión) como una de las personas que integrarán el grupo, y entendiendo que tengo el derecho y la libertad de abandonar el mismo en cualquier momento, sin que ello me afecte de cualquier forma.

Firma del usuario
(opcional)

Nota: En caso que desee comunicarse con la Investigadora del estudio, puede hacerlo a la siguiente dirección:

Dra. Milagros Isabel Collazo Ramos

ICBP “Victoria de Girón”

Teléfono: 208 4877. e-mail: milagros.collazo@infomed.sld.cu.

Firma de la investigadora

ANEXO 14

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

Estudio sobre: PERCEPCIONES DE DIRECTIVOS, PRESTADORES Y USUARIOS, SOBRE EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y SU ATENCIÓN EN SALUD.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DIRECTIVOS DEL SECTOR SALUD Y DE OTROS SECTORES SOCIALES

Buenos días/Buenas tardes

Mi nombre es Milagros Collazo Ramos, soy médica, Especialista de I Grado en MGI, y Profesora de Salud Pública de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, ICBP “Victoria de Girón”.

Propósitos del estudio

Estamos solicitando su cooperación voluntaria para participar en un estudio que están realizando la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), junto al ICBP “Victoria de Girón” y el Instituto Nacional de Endocrinología (INEN); con el objetivo de describir las percepciones de los prestadores del sector salud sobre: el envejecimiento de la población cubana, la relación entre las demandas de salud de la población anciana cubana y la atención que se les brinda y las principales deficiencias y posibilidades del sector, para atender las demandas en salud de los adultos mayores.

Procedimientos

Le pedimos que participe de una entrevista, donde solamente estará usted y la entrevistadora, siendo necesario grabarla -siempre y cuando usted nos brinde su consentimiento-. Queremos que forme parte de las personas que serán entrevistadas, dado que usted puede brindarnos información de mucho valor para poder hacer propuestas en aras de mejorar la calidad de la atención a las personas de 60 años y más. La entrevista podría tener una duración aproximada de 1 hora. En ella, usted podrá contestar y opinar en la medida que así lo desee, no estando obligado a hacerlo si no lo desea. Todo lo que usted diga será tratado con la mayor reserva y de manera confidencial. La entrevista se hará en el lugar que usted desee. Además, si en algún momento usted se siente incómodo/a con la entrevista, podrá solicitar la terminación de la misma y retirarse si así lo desea, pues ese es su derecho.

Riesgos e incomodidades

Aunque sus testimonios serán grabados, éstos serán utilizados confidencialmente. Su nombre no va a ser utilizado en ninguno de los informes o publicaciones que del estudio se hagan. Los archivos de audio serán guardados de manera segura (cifrados y con contraseña), y posteriormente al análisis de la información serán destruidos. Las transcripciones serán identificadas solamente por un código de identificación, asignados a cada persona participante. Algunas de las preguntas que se hagan, podrían hacerlo

sentir incómodo, por lo tanto usted puede rehusarse a contestar y puede interrumpir su participación en cualquier momento.

Beneficios del estudio

Su participación nos ayudará a comprender mejor sus puntos de vista, en relación a las demandas y perspectivas de la atención en salud a las personas de 60 años y más.

Usted es completamente libre de tomar parte en la entrevista y comentar sobre la temática que se trate, o rechazar hacerlo. Si acepta participar en el estudio, está en el derecho de abandonarlo en el momento que lo deseé, como rechazar responder a algún tópico que le resulte incómodo. Su decisión de no participar en el estudio, o en algún aspecto en particular, no le afectará de manera alguna.

Anticipadamente agradecemos su participación, la cual será un valioso aporte al estudio que estamos realizando.

Si le queda alguna duda, no deje de hacerme todas las preguntas que deseé.

Si ha comprendido lo anteriormente planteado y está de acuerdo en participar en el estudio, le rogamos que nos indique cuando y donde podremos reunirnos para realizar la entrevista.

Declaración de la voluntariedad

Si ha comprendido todo lo anterior y está de acuerdo en participar en la investigación, le pedimos que marque con una X, en los casilleros mostrados a continuación:

- He entendido que el propósito del estudio es describir los significados que le atribuyen al envejecimiento de la población cubana los prestadores del sector salud; así como identificar las principales deficiencias y las posibilidades del sector, para la atención en salud de las personas de 60 años y más.
- He leído y/o me han leído, la información sobre el estudio, y he tenido la oportunidad de preguntar sobre los aspectos generales y específicos del mismo, con toda la libertad. Me han contestado satisfactoriamente las preguntas. Por ello, acepto participar voluntariamente en la entrevista, entendiendo que tengo el derecho y la libertad de abandonar el mismo en cualquier momento, sin que ello me afecte de cualquier forma.

Firma del directivo
(opcional)

Nota: En caso que desee comunicarse con la Investigadora del estudio, puede hacerlo a la siguiente dirección:

Dra. Milagros Isabel Collazo Ramos
ICBP "Victoria de Girón"
Teléfono: 208 4877.
e-mail: milagros.collazo@infomed.sld.cu.

Firma de la investigadora