



Evaluación del subprograma comunitario de atención al adulto mayor en el Policlínico Universitario Norte de Ciego de Ávila

Evaluation of the community subprogram of care for the elderly in the North University Polyclinic of Ciego de Ávila

Joanne Purón-Prieto^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-9093-6280>

Daylí Hernández-Peláez² <https://orcid.org/0000-0001-5990-1987>

Reinaldo Pablo García-Pérez³ <https://orcid.org/0000-0002-7451-8713>

Milena Hidalgo-Ávila⁴ <https://orcid.org/0000-0003-1516-0974>

Yonaisy Vega-Lorenzo⁵ <https://orcid.org/0000-0003-1895-2969>

Andrés Romero-Quintana⁶ <https://orcid.org/0000-0002-2036-2901>

¹Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”. Ciego de Ávila, Cuba.

²Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínico Universitario Norte. Ciego de Ávila, Cuba.

³Doctor en Ciencias Pedagógicas. Máster en Educación Médica. Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina General Integral. Profesor Titular. Investigador Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”. Ciego de Ávila, Cuba.

⁴Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Policlínico Universitario Norte. Ciego de Ávila, Cuba.

⁵Máster en Educación Superior. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Universitario Norte. Ciego de Ávila. Cuba.

⁶Ingeniero en Ciencias Informáticas. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas. Ciego de Ávila, Cuba.





*Autor para la correspondencia: puron77@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial que representa un desafío para los gobiernos y sistemas de salud. En Cuba constituye un logro social y uno de los temas actuales de atención por su rápido ascenso.

Objetivo: evaluar los componentes de estructura y proceso del subprograma comunitario de atención al adulto mayor en el Policlínico Universitario Norte de Ciego de Ávila.

Métodos: se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud, con diseño cualitativo, entre junio de 2018 y mayo de 2019. Se evaluaron los componentes estructura y proceso. Los criterios, subcriterios e indicadores se elaboraron a partir del programa nacional vigente. A partir de un universo de 4 171 adultos mayores, se seleccionó una muestra intencional de 70. Formaron parte, además, 40 trabajadores de salud. Se cumplieron los principios éticos.

Resultados: predominaron el sexo femenino (58,90 %) y las edades de 60 a 64 años (21,40 %). El componente estructura fue de adecuado, con criterios cumplidos entre 90,00 % y 100,00 %. El componente proceso fue inadecuado, con cinco criterios incumplidos: acciones promocionales y preventivas, (87,20 %), interconsultas (54,30 %), formación y capacitación (87,50 %), participación comunitaria (60,00%), e investigaciones (12,90%). De forma global el cumplimiento del subprograma se calificó de inadecuado. Las desviaciones se clasificaron como problemas de funcionabilidad, y de competencia y desempeño.

Conclusiones: el subprograma fue evaluado de inadecuado debido al componente proceso, donde se identificaron incumplimientos. Estos resultados pueden constituir un soporte científico en la toma de decisiones.

Palabras clave: ANCIANO; EVALUACIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE SALUD; SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIA; DINÁMICA POBLACIONAL.

ABSTRACT

Introduction: population aging is a global phenomenon that represents a challenge for governments and health systems. In Cuba, it is a social achievement and one of the current issues of attention due to



its rapid rise.

Objective: to evaluate the components of the structure and process of the community subprogram for the elderly at the North University Polyclinic of Ciego de Ávila.

Methods: an investigation was carried out in health systems and services, with qualitative design, between June 2018 and May 2019. The structure and process components were evaluated. The criteria, sub-criteria and indicators were developed based on the current national program. From a universe of 4,171 older adults, an intentional sample of 70 was selected. In addition, 40 health workers took part. Ethical principles were met.

Results: the female sex (58,90%) and the ages of 60 to 64 years (21,40%) predominated. The structure component was adequate, with criteria met between 90,00 % and 100,00%. The process component was inadequate, with five criteria not met: promotional and preventive actions (87,20 %), interconsultations (54,30 %), education and training (87,50 %), community participation (60,00 %), and research (12,90 %). Overall, compliance with the subprogram was classified as inadequate. Deviations are classified as problems of functionality, and of competence and performance.

Conclusions: the subprogram was evaluated as inadequate due to the process component, where non-compliances were identified. These results can constitute a scientific support in decision making.

Keywords: AGED; PROGRAM EVALUATION; COMMUNITY HEALTH SERVICES; POPULATION DYNAMICS.

Recibido: 21/07/2020

Aprobado: 02/10/2020

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso natural en la vida que lleva al deterioro anatomofisiológico paulatino y progresivo, con disminución de la vitalidad, junto al aumento de la fragilidad y vulnerabilidad de la persona ante factores ambientales y psicosociales.⁽¹⁾ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera adulto mayor a cualquier persona mayor de 60 años. La población mundial envejece a

pasos acelerados; tal es así que al cierre de 2015 hubo 901 millones de personas de 60 años o más, para 2030 se prevé que crecerá a 1,4 mil millones y para 2050 se estima ascenderá a 2,1 mil millones.^(2,3)

El incremento en el envejecimiento será especialmente significativo en las regiones menos desarrolladas del mundo. En los próximos 15 años se prevé un crecimiento más rápido en América Latina y el Caribe hasta 71,00 %, seguido de Asia (66,00 %), África (64,00 %) y Oceanía (47,00 %). Para Norteamérica y Europa, se estiman menores incrementos, de 41,00 % y 23,00 % respectivamente. Canadá es el país con la población más envejecida de la región de las Américas; sin embargo, proyecciones realizadas desde las Naciones Unidas pronostican que, en menos de una década, Cuba, Barbados y Martinica superarán a Canadá.^(3,4)

En Cuba el envejecimiento demográfico es un logro social y uno de los temas que acapara la atención en la actualidad debido a su rápido ascenso. El país atraviesa una compleja situación por el cambio de su estructura etaria, dada por la transformación poblacional ocurrida en los últimos 60 años. En valores absolutos, el grupo de personas de 60 años y más se multiplicó más de cuatro veces entre 1953 y 2012. En 1953 había cerca de siete personas en este grupo de edades por cada 100 habitantes; según la enumeración censal de 2012, esta relación se incrementó a 18,3.⁽⁵⁾

De acuerdo al *Informe del envejecimiento de la población cubana*, el país transitó desde 11,3 % de personas de 60 años y más en 1985 hasta 20,4 % en 2018, con un incremento de 9,1 % en 33 años.⁽⁶⁻⁸⁾

Al cierre del año 2019, en la nación habían 2 307 647 adultos mayores; de ellos 83 987 residían en la provincia Ciego de Ávila.⁽⁹⁾

En Cuba, el *Programa de atención integral al adulto mayor*⁽¹⁰⁾ tiene como propósito producir un cambio en la calidad de vida del anciano cubano actual, e implementar nuevas estrategias que permitan enfrentar los cambios demográficos futuros. Ello pone de manifiesto el carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor. Su implementación y desarrollo está concebido en los tres subprogramas de atención siguientes: comunitario, institucional y hospitalario.

El subprograma de atención comunitaria al adulto mayor constituye la célula básica en la atención a los adultos mayores, porque en su trabajo aglutina a la familia y a la comunidad con los ancianos como protagonistas. Su atención se encamina a dispensarizar a toda la población mayor de 60 años, realizar su evaluación funcional, promover cambios en estilos de vida que favorezcan su salud, prevenir y retardar la aparición de enfermedades y discapacidades. Todo ello, garantizando la atención integral,

progresiva, oportuna y eficiente a este grupo poblacional, e integrándolo a la rehabilitación de base comunitaria.⁽¹⁰⁾

En la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (ENSAP), se implementaron estrategias mediante las cuales se desarrolla el proceso de planificación o planeación estratégica en el Sistema Nacional de Salud, para evaluar la calidad de la atención sanitaria a partir del modelo de Donabedian. Este considera que los métodos para evaluar la calidad de la atención sanitaria se pueden aplicar a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados.⁽¹¹⁾

El subprograma de atención comunitaria al adulto mayor⁽¹⁰⁾ está implementado desde hace varios años en el Policlínico Universitario Norte del municipio Ciego de Ávila; sin embargo, no se han realizado investigaciones sobre el cumplimiento de su ejecución. Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación es evaluar los componentes estructura y proceso del subprograma comunitario de atención al adulto mayor en esa institución.

MÉTODOS

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS), con enfoque cualitativo para evaluar el subprograma de atención comunitaria al adulto mayor⁽¹⁰⁾ en el Policlínico Universitario Norte del municipio Ciego de Ávila, en el período comprendido de junio de 2018 a mayo de 2019. El estudio se desarrolló en dos etapas: preparación y ejecución.

Preparación

Esta etapa incluyó la definición del universo y la muestra, la selección del grupo de expertos, la delimitación de los criterios e indicadores a evaluar por componentes y su evaluación parcial, la evaluación global del subprograma, así como la selección de los métodos teóricos y técnicas a aplicar.

El universo estuvo constituido por 4 171 personas con edades iguales o mayores a 60 años, residentes en el área geográfica atendida por los equipos básicos de salud (EBS) de los 14 consultorios médicos de familia (CMF) que forman parte del grupo básico de trabajo (GBT) No.3, y 40 trabajadores que constituyen el total de personas encargadas de ejecutar y controlar el subprograma en el GBT (un especialista en medicina interna, un ginecólogo, un psicólogo, 14 médicos y 14 enfermeras de familia,

siete profesionales de la rehabilitación y tres directivos).

Se seleccionaron los 70 adultos mayores que estaban incorporados a los círculos de abuelos, por muestreo no probabilístico intencional. También se seleccionaron de forma intencionada 140 historias clínicas individuales de adultos mayores, a razón de 10 por cada CMF (las primeras 10 de cada archivo).

Se creó un grupo de expertos *ad hoc*, conformado por cinco profesionales con experiencia en el tema, sin implicación administrativa, para la asesoría científico-metodológica de la investigación, y la revisión y aprobación de los instrumentos aplicados en ella. Se confeccionaron los criterios, subcriterios, indicadores y escalas siguientes.

Evaluación según criterios e indicadores: componente de estructura. Incluyó dos criterios: recursos humanos para garantizar la atención al adulto mayor, y recursos institucionales para asegurar la ejecución del subprograma. Recursos humanos englobó tres subcriterios: completamiento de las plantillas de equipos básicos de salud (EBS), GBT y personal de rehabilitación. Recursos institucionales se circunscribió a dos: disponibilidad de sala rehabilitación con estructura y equipamiento adecuados y de CMF con condiciones para la atención médica. La escala de calificación para cada uno fue: adecuada (100-90% de cumplimiento) e inadecuada (89% o menos).

El componente de proceso englobó ocho criterios según el estado de cumplimiento de la dispensarización, la orientación y registro de las acciones promocionales y preventivas, la atención, seguimiento y control para retardar la aparición de enfermedades y discapacidades, las interconsultas con medicina interna y otras especialidades, la realización de la evaluación funcional, el adiestramiento del personal y la participación comunitaria del adulto mayor. Todos calificados según la escala en adecuado (100-90% de cumplimiento) e inadecuado (89% o menos). El octavo y último se refirió al desarrollo de la investigación y su escala fue: adecuado (30-21%, respecto al total) e inadecuado (20% o menos).

En la evaluación parcial de cada componente, la estructura se consideró adecuada cuando los criterios recursos humanos e institucionales, con todos sus subcriterios, alcanzaron calificaciones entre 100-90% o cuando solo uno fue de 89% o menos. Inadecuada cuando más de uno obtuvo calificación de 89% o menos.

El componente de proceso se evaluó como adecuado cuando los ocho subcriterios fueron adecuados o

cuando siete fueron adecuados y uno inadecuado. Mientras que de inadecuado cuando más de uno fueron inadecuados.

La evaluación global del cumplimiento de la ejecución del subprograma resultó adecuada cuando los 13 subcriterios fueron adecuados o cuando solo dos del componente proceso fueron inadecuados. E inadecuada cuando tres o más subcriterios del componente proceso fueron inadecuados.

Cuadro resumen de los criterios, subcriterios, indicadores y escalas confeccionados

Componente	Criterio	Subcriterio	Calificación	
			Adecuado	Inadecuado
Estructura	Recursos humanos para garantizar la atención	Completamiento plantillas de equipos básicos de salud	100-90%	89% o menos
		Completamiento plantilla del grupo básico de trabajo	100-90%	89% o menos
		Completamiento plantilla de personal de rehabilitación	100-90%	89% o menos
	Recursos institucionales para asegurar ejecución del subprograma	Disponibilidad de sala de rehabilitación con estructura y equipos adecuados	100-90 %	89% o menos
		Disponibilidad de consultorio médico de familia con condiciones para la atención	100-90%	89% o menos
Evaluación parcial	Adecuado: cuando los dos criterios –recursos humanos e institucionales– con todos sus subcriterios alcanzaron calificaciones entre 100-90 %, o cuando solo uno fue de 89 % o menos.		Inadecuado: cuando más de uno obtuvo calificación de 89 % o menos.	
Proceso	Estado de cumplimiento de:			
	- la dispensarización		100-90%	89% o menos
	- la orientación y registro de las acciones promocionales y preventivas		100-90%	89% o menos
	- la atención y seguimiento para retardar las enfermedades y discapacidades		100-90%	89% o menos
	- las interconsultas con medicina interna y otras especialidades		100-90%	89% o menos
	- la realización de la evaluación funcional		100-90%	89% o menos
	- la formación y capacitación del personal y de la propia comunidad		100-90%	89% o menos
	- la participación comunitaria del adulto mayor en la solución de problemas		100-90%	89% o menos
	- investigaciones sobre la temática respecto al total realizadas en la institución		30-21%	20% o menos
Evaluación parcial	Adecuado: cuando los ocho subcriterios fueron adecuados, o cuando siete fueron adecuados y uno inadecuado		Inadecuado: cuando más de uno fueron inadecuados	
Evaluación global	Adecuado: cuando los 13 subcriterios fueron adecuados, o cuando solo dos del componente proceso fueron inadecuados		Inadecuado: cuando tres o más subcriterios del componente proceso fueron inadecuados	

En esta primera etapa se seleccionaron los métodos teóricos y técnicas a aplicar. Entre los teóricos, el analítico-sintético, el hipotético-deductivo y el histórico-lógico; entre los empíricos, la observación científica, la encuesta y la revisión documental.

Las observaciones se realizaron en momentos diferentes y por personas que recibieron entrenamiento previo, a partir de una guía de observación confeccionada por los autores. La encuesta, con la mayoría de las preguntas cerradas, fue confeccionada por los autores y aplicada a 10 adultos mayores que no formaron parte de la muestra.

La revisión documental se realizó al subprograma de referencia,⁽¹⁰⁾ a las 140 historias clínicas individuales, y a los informes administrativos de los Departamentos Rehabilitación, Recursos Humanos, Docencia e Investigación y Estadísticas y Registros Médicos.

Se confeccionaron planillas para la recolección de la información, según los elementos imprescindibles para el cumplimiento del subprograma.

Ejecución

Durante esta etapa se aplicaron los instrumentos diseñados para evaluar los criterios seleccionados por los investigadores. Después se analizaron los resultados para determinar las diferencias existentes en relación con los estándares preestablecidos, y se clasificaron las desviaciones según la propuesta de Jiménez-Cangas y cols.⁽¹²⁾

Para el procesamiento y análisis de la información se confeccionó, a partir de las planillas como fuente de información primaria, una base de datos en el programa *Microsoft Excel* para *Windows*. Los resultados se representaron en tablas con valores absolutos y relativos como medidas resúmenes.

Durante la investigación se mantuvo como premisa respetar los preceptos éticos contenidos en la *Declaración de Helsinki*.⁽¹³⁾ Se solicitó la aprobación del Consejo Científico y de dirección de la institución. Se informó a los participantes sobre los objetivos y detalles del estudio, para obtener su consentimiento informado. Finalmente, se presentaron los resultados a las autoridades correspondientes, para la toma de decisiones. Los investigadores se comprometieron a mantener el anonimato de los datos personales y otros aspectos de los implicados al divulgar los resultados.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución de la población de adultos mayores atendida por el GBT No.3 del Policlínico Universitario Norte del municipio Ciego de Ávila, según edad y sexo. Predominaron el sexo femenino (58,90%) respecto al masculino (41,10%), y el grupo de edades de 60 a 64 años (21,40%) a expensas del sexo femenino (11,87%). Es importante señalar la alta incidencia de adultos mayores en el grupo de 90 a 94 años (190 personas, para 4,56%), y 50 (que representan 1,20%) en el grupo de 95 años y más.

Tabla 1 - Adultos mayores atendidos por el Grupo Básico de Trabajo No.3 según edad y sexo

Grupo de edades (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
60-64 años	399	9,57	495	11,87	894	21,43
65-69 años	418	10,02	387	9,28	805	19,30
70-74 años	245	5,87	501	12,01	746	17,89
75-79 años	198	4,75	404	9,69	602	14,43
80-84 años	227	5,44	219	5,25	446	10,69
85-89 años	142	3,40	296	7,10	438	10,50
90-94 años	76	1,82	114	2,73	190	4,56
95 años o más	11	0,26	39	0,94	50	1,20
Total	1716	41,14	2455	58,86	4171	100,00

De forma general, el componente estructura fue evaluado de adecuado, pues los cinco criterios que componen este aspecto fueron calificados como tales. Ello estuvo determinado por el completamiento de la plantilla de recursos humanos para garantizar la atención al adulto mayor con 14 EBS, un GBT con especialistas de medicina interna, ginecología y un psicólogo, y completo el personal de rehabilitación. De igual modo sucedió con los recursos institucionales para asegurar la ejecución del subprograma, calificados de adecuados, al estar disponibles y funcionando la totalidad de los CMF (14 GBT) y una sala de rehabilitación con la estructura y los equipos adecuados.

Sin embargo, el componente proceso fue evaluado de inadecuado, al constatar cinco subcriterios incumplidos: acciones promocionales y preventivas, tanto en la transcripción a las historias clínicas (87,20%) como en su orientación al adulto mayor (81,40%); interconsultas con medicina interna y

otras especialidades, en su realización (54,30 %) y en su registro en la historia clínica (35,70 %); formación y capacitación del personal especializado y de la propia comunidad (87,50%); participación comunitaria del adulto mayor en la solución de problemas de salud (60,00 %) e investigaciones realizadas sobre la temática (12,90%).

En la valoración del componente proceso, el registro de la dispensarización en las historias clínicas familiares e individuales (92,80%), y la recogida de los antecedentes patológicos personales (100,00%) se evaluaron de adecuados al revisar las 140 historias clínicas individuales (tabla 2).

Tabla 2 - Evaluación del cumplimiento de la dispensarización y del registro de los antecedentes patológicos personales como criterios del componente proceso

Dispensarización	Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%
Registrado como dispensarizado en la historia clínica familiar	130	92,8	10	7,2
Antecedentes patológicos personales registrados en la historia clínica individual	140	100,00	0	0,00

La orientación de acciones promocionales y preventivas para el adulto mayor y su registro en la historia clínica por los EBS, fueron los criterios evaluados de adecuados: 81,40% y 87,20%, respectivamente. La atención, seguimiento y control para retardar la aparición de enfermedades y discapacidades, fueron evaluados de adecuados también, al comprobar que se realizó su orientación en 92,20% de los casos y se registraron en la totalidad de las historias clínicas (tabla 3).

Tabla 3 - Evaluación de las acciones promocionales y preventivas, y la atención, seguimiento y control para retardar la aparición de enfermedades y discapacidades como criterios del componente proceso

Criterio	Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%
Acciones promocionales y preventivas				
Se realizó orientación al adulto mayor (N=70)	57	81,40	13	18,60
Se reflejó su orientación en la historia clínica (N=140)	122	87,20	18	12,80
Atención, seguimiento y control para retardar la aparición de enfermedades y discapacidades				
Se reflejó su orientación en la historia clínica (N=140)	129	92,20	11	7,80
Se realizó orientación al adulto mayor (N=70)	70	100,00	0	0,00

El criterio de interconsultas por el equipo multidisciplinario, al menos una vez al año, con medicina interna y otras especialidades en su atención a los adultos mayores fue calificado de inadecuado. Se comprobó que solo se registró en 35,70% de las historias clínicas individuales revisadas y se realizó en 54,30 % de los adultos mayores encuestados (tabla 4). Sin embargo, se registró a la totalidad de investigados y se efectuó la evaluación funcional del adulto mayor una vez al año, según se comprobó en las historias clínicas individuales revisadas y en la encuesta aplicada.

Tabla 4 - Evaluación del cumplimiento de las interconsultas y la evaluación funcional como criterios del componente proceso

Criterio	Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%
Interconsultas con medicina interna y otras especialidades				
Se realizó al adulto mayor (N=70)	38	54,30	32	45,70
Se registró en la historia clínica (N=140)	50	35,70	90	64,30
Realización de la evaluación funcional del adulto mayor				
Se registró en la historia clínica (N=140)	140	100,00	0	0,00
Se realizó al adulto mayor (N=70)	70	100,00	0	0,00

En la tabla 5 se observa que el criterio de la formación y capacitación del personal especializado y de la propia comunidad fue evaluado de inadecuado, al participar solo 35 profesionales (87,50 %) en los cursos y talleres realizados. La participación comunitaria de los adultos mayores en la solución de problemas de salud fue también inadecuada (60,00 % de participación), al igual que las investigaciones realizadas en la etapa (12,90 %) sobre la temática.

Tabla 5 - Evaluación del cumplimiento de la formación y capacitación, la participación del adulto mayor y el desarrollo de la investigación como elementos del componente proceso

Criterio	Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%
Formación y capacitación del personal especializado y de la propia comunidad	35	87,50	5	12,50
Participación comunitaria del adulto mayor en la solución de problemas de salud (N=70)	42	60,00	18	40,00



Investigaciones realizadas sobre la temática respecto al total de la institución	4	12,90	27	87,10
--	---	-------	----	-------

Fuentes: planillas de recolección de datos No.8, No.9 y No.10

El desarrollo del subprograma comunitario de atención al adulto mayor en el GBT No.3 del Policlínico Universitario Norte del municipio Ciego de Ávila, en el período entre junio de 2018 y mayo de 2019, de forma general fue calificado de inadecuado. Ello se debe a que de los 13 subcriterios evaluados solo ocho obtuvieron calificaciones de adecuados; todos del componente proceso, relacionados con el cumplimiento de: acciones promocionales y preventivas, interconsultas con medicina interna y otras especialidades, formación y capacitación del personal especializado y de la propia comunidad, participación comunitaria del adulto mayor en la solución de problemas de salud e investigaciones realizadas sobre la temática.

Con posterioridad al análisis de los resultados, las desviaciones se clasificaron como problemas de funcionabilidad de la estructura organizativa, y de competencia y desempeño, modificables con la capacitación. Los resultados se presentaron antes a los directivos institucionales, para definir las medidas correctoras a implementar.

DISCUSIÓN

En Cuba el adulto mayor representa una de las prioridades de trabajo para el Ministerio de Salud Pública, en aras de garantizar la calidad de vida de esta población a través de una atención médica integral, en especial, en el primer nivel primario de atención de salud. Otras investigaciones en poblaciones de adultos mayores presentan resultados similares.^(14,15)

La evaluación de adecuado del criterio recursos humanos para garantizar la atención al adulto mayor estuvo determinada por la existencia de un GBT y 14 EBS completos, y de otros profesionales de la rehabilitación necesarios para atender a este grupo poblacional. Estos resultados se corresponden con los publicados por Godoy-del Llano y cols.,⁽¹⁶⁾ en una investigación realizada en Pinar del Río.

Un elemento importante para la ejecución del programa de atención al adulto mayor lo constituyen los recursos institucionales. En la investigación se identificó una sala de rehabilitación equipada y 14 CMF con condiciones estructurales para desarrollar las acciones previstas en el programa. Sin embargo,



Godoy-del Llano y cols.⁽¹⁶⁾ en su estudio identificaron deficiencias en las condiciones de los locales de atención y los recursos necesarios para el trabajo.

En cuanto al componente de estructura, Brito-Hernández y cols.⁽¹⁷⁾ consideran que el completamiento de los EBS y del GBT es imprescindible para una adecuada atención a la población y realizar acciones promocionales y de diagnóstico precoz de los enfermos. Sobre ello, los autores consideran que los integrantes del EBS son agentes de cambios al desarrollar todas las actividades de promoción y prevención, las acciones para la detección precoz de las enfermedades, y el asesoramiento a los adultos mayores acerca de los estilos de vida más sanos para la reducción de riesgos.

Uno de los elementos importantes para lograr resultados satisfactorios en la evaluación del subprograma fue el componente proceso. En esta investigación, el registro de la dispensarización y de los antecedentes patológicos personales se evaluaron como adecuados, lo que coincide con lo constatado por Álvarez-Lauzarique y cols.,⁽¹⁸⁾ en una evaluación realizada en 10 CMF del Policlínico “Luis Pasteur” del municipio 10 de octubre en la Habana.

Los resultados inadecuados en el cumplimiento de las acciones promocionales y preventivas pudieran estar determinados por la sobrecarga asistencial y el exceso de población atendida por los EBS, hecho que ya advirtió Ramos-Domínguez.⁽¹⁹⁾

La atención, seguimiento y control para retardar la aparición de enfermedades y discapacidades, fue un criterio evaluado de adecuado en el presente estudio. No se encontró evidencia sobre este aspecto en estudios similares, a pesar de su importancia como prueba material de la acción ejercida por los facultativos para lograr un adecuado seguimiento y control a las enfermedades en el adulto mayor.

Este componente es trascendental en el subprograma del adulto mayor, debido a la alta incidencia de enfermedades no transmisibles en este grupo de edades. Según la encuesta nacional de factores de riesgo, desarrollada en los años 2010-2011, 82,20 % de los adultos mayores padecían al menos una enfermedad no transmisible, y de ellos el grupo de 75 y más años constituía 90,00 %. La diabetes mellitus, que además de ser en sí misma una enfermedad, es un factor de riesgo para otras dolencias y está presente en 18,00 % de los adultos mayores cubanos, constituye un ejemplo de esta trascendencia.⁽⁵⁾

El desarrollo en Cuba del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, es una fortaleza del Sistema Nacional de Salud para lograr la calidad de la atención a los adultos mayores en su entorno

comunitario. Las interconsultas con medicina interna y otras especialidades constituyen una de sus actividades fundamentales para acercar los servicios de salud a la comunidad. En la presente investigación el cumplimiento de este indicador se evaluó de inadecuado. Al respecto Piña-Moreno y cols.,⁽²⁰⁾ en Pinar del Río, encontraron que la evaluación multidimensional fue casi inexistente.

La realización de la evaluación funcional anual de los adultos mayores con la escala geriátrica se constató en la totalidad de las historias clínicas revisadas en esta investigación. Al respecto, Piña-Moreno y cols.⁽²⁰⁾ identificaron problemas en la confección y aplicación de esta escala en Mantua, donde en muchas historias clínicas apareció incompleta y en otras no se encontró.

Por otra parte, para el desarrollo adecuado de este subprograma comunitario se requiere de formar y capacitar personal especializado y de la propia comunidad. Para ello, es fundamental que se planifiquen y cumplan las actividades y se realicen investigaciones sobre los adultos mayores. En el presente estudio estos aspectos se evaluaron de inadecuados. Resultados similares a los constatados por Godoy-del Llano y cols.,⁽¹⁶⁾ y Miranda-Guerra y cols.⁽²¹⁾

Las actividades comunitarias que se realizan con los adultos mayores permiten un intercambio generacional permanente, activo y dinámico. Ello contribuye, entre otros aspectos, a cambiar los escenarios y ambientes de comunicación de los ancianos que viven solos, y les proveen una red de apoyo.^(18,20) La participación de los adultos mayores en la solución de problemas en la comunidad en esta investigación, se evaluó de inadecuada.

Además del insuficiente número de adultos mayores intencionados en la muestra, la principal limitación de la presente investigación estriba en que no se incluyeron criterios de evaluación para el componente resultado.

CONCLUSIONES

En la población de adultos mayores atendidos por el Grupo Básico de Trabajo No.3 del Policlínico Universitario Norte del municipio Ciego de Ávila, predominaron el sexo femenino el grupo de edades de 60 a 64 años. Se identificaron deficiencias en el cumplimiento del subprograma comunitario de atención al adulto mayor, evidentes en el resultado parcial del componente proceso (evaluado de inadecuado por el incumplimiento de cinco de los 10 criterios). Ello no se corresponde con la

evaluación de adecuado del componente estructura (se cuenta con los recursos humanos e institucionales disponibles para asegurar la ejecución del subprograma). Las desviaciones se clasificaron como problemas de funcionabilidad de la estructura organizativa, y de competencia y desempeño, modificables con la capacitación. Estos resultados se informaron a los directivos institucionales; a partir de ellos deberán definir las medidas pertinentes para solucionar las insuficiencias detectadas. La presente investigación es, en sí misma, un sustento científico para la toma de decisiones por parte de los directivos, orientadas hacia un cambio institucional en función de mejorar la ejecución del subprograma; ello constituye su aporte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes M, Cabrera-Donoso DL, Alvarado G. Valoración integral de adultos mayores en centros gerontológicos de Guayaquil. Revista Ciencia Unemi [Internet]. Ago 2017 [citado 12 Jun 2018];10(23): 116-23. Disponible en: <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/504/396>
2. Bautista-Jiménez SS. Prevención de enfermedades en el adulto mayor. Programa educativo para familiares del Centro Gerontológico Cantón Mera. Provincia Pastaza. 2014 [Internet] Chimborazo: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2014 [citado 27 Jul 2017]. Disponible en: <http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/6896/1/104T0082.pdf>
3. Creagh-Peña M, García-Ones D, Valdés-Cruz R. Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. Rev haban cienc méd [Internet]. Dic 2015 [citado 12 Jun 2018];14(6):884-92. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v14n6/rhcm17615.pdf>
4. López-Calleja-Hiort-Lorenzen C, Morejón-Seijas B. Envejecimiento demográfico y migración interna de personas con 60 años y más de edad en Cuba y países de América Latina. PSM [Internet]. Jul 2015 [citado 12 Jun 2018];12(2):1-27. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v12n2/a01v12n2.pdf>
5. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Envejecimiento poblacional en Cuba, a partir del censo de población y viviendas de 2012 [Internet]. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2014 [citado 27 Jul 2017]. Disponible en:



http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/estudio_sobre_envejecimiento_poblacional_censo_2012_0.pdf

6. Vega-García E, Menéndez-Jiménez J, Rodríguez-Rivera L, Ojeda-Hernández M, Cardoso-Lunar N, Cascudo-Barral N, et al. Atención al adulto mayor. En: Álvarez-Sintes R, Hernández-Cabrera G, Báster-Moro JC, García-Núñez RD, Martínez-Gómez C, Jiménez-Acosta S, et al. Medicina General Integral. Volumen II. Salud y Medicina [Internet]. 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 488-517. [citado 27 Jul 2017]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo2_3raedicion/medicina_gen_integral_volumen2_cap55.pdf
7. Alfonso-de Armas M, Rodríguez-Gómez G. La evolución demográfica cubana: una mirada desde las teorías transicionales. ¿Dónde estamos? Rev Nov Pob [Internet]. Dic 2016 [citado 12 Jun 2018];12(24):1-13. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v12n24/rnp01216.pdf>
8. González-Rodríguez R, Cardentey-García J. El envejecimiento poblacional: un desafío para los profesionales de la salud en Cuba. Rev haban cienc méd [Internet]. Dic 2015 [citado 12 Jun 2018];14(6):887-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v14n6/rhcm18615.pdf>
9. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Anuario Estadístico de Salud 2019 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2020 [citado 4 Mar 2020]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>
10. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Programa de atención integral al adulto mayor [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Asistencia Social; 2015 [citado 12 Jun 2018]. Disponible en: <https://files.sld.cu/redenfermeriacomunitaria/files/2015/01/programa-de-atencion-integral-al-adulto-mayor.pdf>
11. Sánchez-Jacas I. El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud. MEDISAN [Internet]. Abr 2016 [citado 12 Jun 2018];20(4):546-55. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445189015.pdf>
12. Jiménez-Cangas L, Báez-Dueñas RM, Pérez-Maza B, Reyes-Álvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. Jun 1996 [citado 30 Sep 2015];22(1):15-6. Disponible en:





http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-34661996000100008

13. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ratificada en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Helsinki: 18ª Asamblea Mundial; 1964 [citado 30 Ene 2016]. Disponible en:

http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf

14. Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L. Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. Abr 2016 [citado 12 Jun 2018];33(2):328-34. Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n2/a19v33n2.pdf>

15. Villafuerte-Reinante J, Alonso-Abatt Y, Alonso-Vila Y, Alcaide-Guardado Y, Leyva-Betancourt I, Arteaga-Cuéllar Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. Medisur [Internet]. Feb 2017 [citado 12 Jun 2018];15(1):85-92. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n1/ms12115.pdf>

16. Godoy-del Llano A, Casanova-Moreno MC, Álvarez-Lauzarique ME, Oliva-González Y, Rodríguez-Hernández N. Evaluación del subprograma de atención comunitaria al adulto mayor en el municipio Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [Internet]. Ago 2018 [citado 12 Jun 2018];22(4):653-64. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v22n4/rpr04418.pdf>

17. Brito-Hernández N, Villamil-Fumero K, Galbán-Noa T, Gómez-Verano MR, Moreno-González R, Llanes-Gómez D. Evaluación del algoritmo para el control del cáncer de próstata en el Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila. MediCiego [Internet]. 2016 [citado 12 Jun 2018];22(3):19-28. Disponible en:

<http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/388/1017>

18. Álvarez-Lauzarique ME, Rocha-Rosabal M, Bayarre-Vea HD, Almenares-Hernández K. Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Dic 2014 [citado 12 Jun 2018];30(4):388-401. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n4/mgi01414.pdf>

19. Ramos-Domínguez BN. Control de calidad de la atención en salud [Internet]. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/libros/control_calidad_atencion/control_calidad_completo.pdf





20. Piña-Moreno Y, Cordero-Otero CD, Rodríguez-Lemus O, Izquierdo-Izquierdo A, Vega-Pérez AR. Evaluación del subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor en Mantua. Rev Cubana Méd [Internet]. Ago 2019 [Citado 7 Sep 2019];23(4):501-12. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v23n4/1561-3194-rpr-23-04-501.pdf>
21. Miranda-Guerra AJ, Hernández-Vergel LL, Rodríguez-Cabrera A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Sep 2009 [citado 12 Jun 2018];25(3):11-24. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n3/mgi03309.pdf>

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Joanne Purón-Prieto: gestación de la idea, elaboración del diseño de la investigación, revisión documental y bibliográfica, selección de la muestra de estudio, confección de los instrumentos, interpretación de los datos obtenidos, confección del artículo y aprobación de la versión final.

Daylí Hernández-Peláez: elaboración del diseño de la investigación, revisión documental y bibliográfica, aplicación de la encuesta, interpretación de los datos obtenidos, confección del artículo y aprobación de la versión final.

Reinaldo Pablo García-Pérez: elaboración del diseño de la investigación, definición de criterios, subcriterios, indicadores y escala de medida, interpretación de los datos obtenidos y revisión crítica del artículo.

Milena Hidalgo-Ávila: revisión documental y bibliográfica, aplicación de la encuesta, análisis de la información y confección del artículo.

Yonaisy Vega-Lorenzo: revisión documental y bibliográfica, aplicación de la encuesta y análisis de la información.

Andrés Romero-Quintana: búsqueda digital, revisión documental y bibliográfica, procesamiento de la información y asesoría estadística.





Financiación

Policlínico Universitario Norte.

