

REPÚBLICA DE CUBA



UNIVERSIDAD
CIENFUEGOS
Carlos Rafael Rodríguez

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES

*Título: "La producción de salud
para el segmento de la
tercera edad, según
la cadena de valor."*

Tesis en opción al título de Licenciatura en Economía

Por

Autora: Yaira Cabrera Rojas

Tutor: Dr. Jesús René Pino Alonso

Cienfuegos, 2009

"Año del 50 Aniversario del Triunfo de la Revolución"

Pensamiento



Hay un campo donde la producción de riquezas puede ser infinita:

El campo de los conocimientos, de la cultura y el arte en todas las expresiones, incluida una esmerada educación ética, estética y solidaria, una vida espiritual plena, socialmente sana, mental y físicamente saludable, sin lo cual no podrá hablarse jamás de Calidad de Vida.

Fidel Castro Ruz.

Agradecimientos



AGRADECIMIENTOS

A esta Revolución por ofrecerme esta posibilidad.

A mi tutor por brindarme tanto aliento y por su gran cooperación.

A todos los profesores que influyeron en mi formación.

A mi pequeñita por aportarme tanta alegría y maravillosos momentos cuando más lo necesitaba.

A mi abuelita por existir, por tanto sacrificio, por su ayuda incondicional.

A mi adorada madre por sus esmerados esfuerzos, por poder contar siempre con ella.

A Yunaiky por estar siempre a mi lado.

A mi querida suegra por estar cuando la necesito por su SI de siempre.

A Johsan, Yudith, Paula, Saimiel, Sosa, Ernesto, Yanet, Maylet, Claudia, Dailin; por su gran colaboración y ayuda.

A todas aquellas personas que pusieron un granito de arena para la realización de este trabajo de diploma.

“GRACIAS “

Dedicatoria



DEDICATORIA

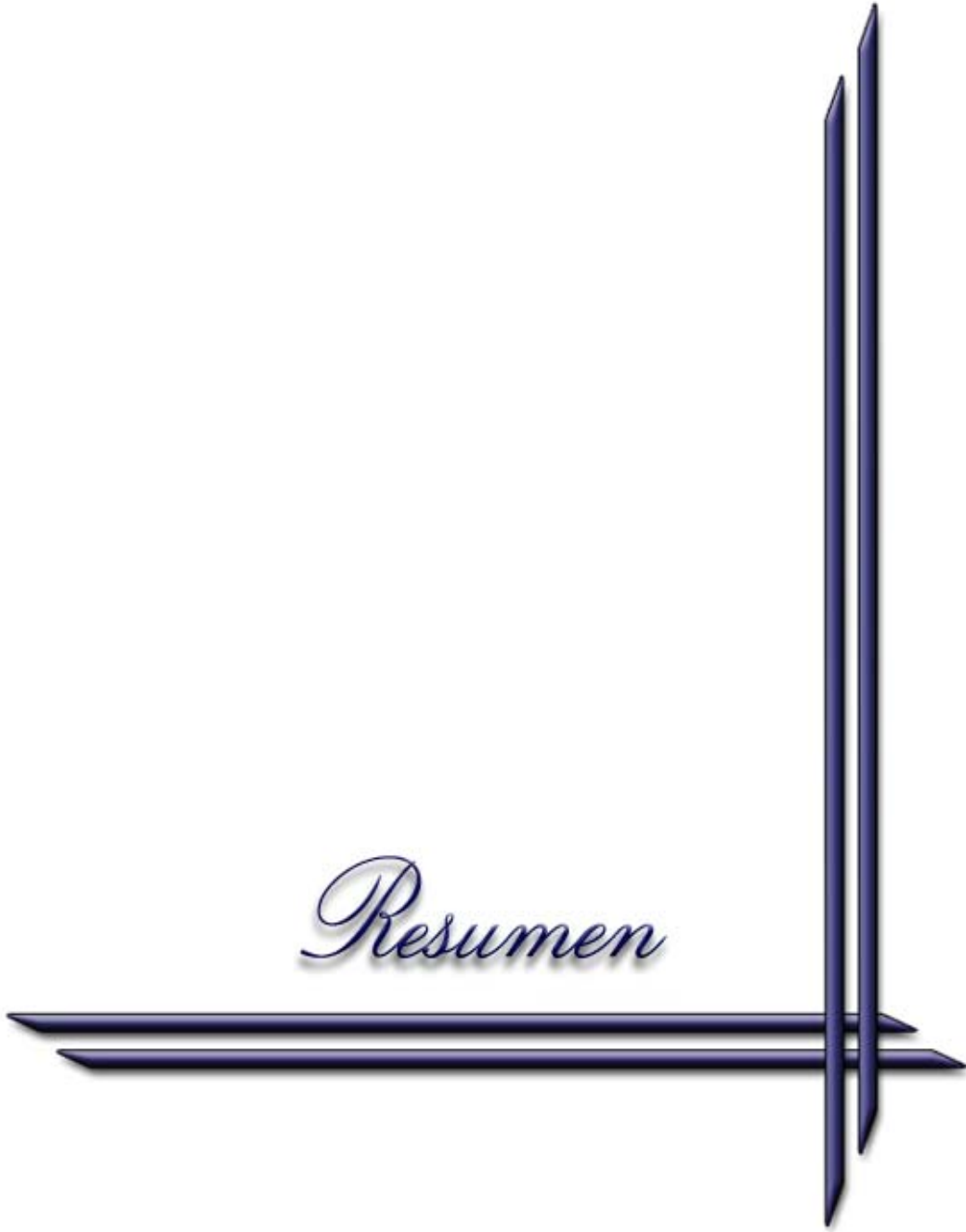
A mi querida niña por ser el tesoro más valioso que me ha otorgado la vida.

A ti mima por ser tan especial para mí.

A mi linda madre por el gran amor y orgullo que siento por ella.

A ti Yunaiky por formar parte de mi vida.

Resumen



Resumen

El estudio de la economía de salud tradicionalmente se ha limitado al análisis de los costos y, enfocado como negocio en el mundo del capital, a los beneficios que reporta, tal y como sucede para cualquier empresa. El presente trabajo plantea un enfoque novedoso que permite apropiarse del conocimiento sobre la gestión social de la salud como un complejo proceso de interacciones en la producción de la vida del individuo social.

El empleo del enfoque de la cadena del valor permite poner de manifiesto la complejidad del objeto estudiado —la producción del servicio de salud— y diseñar un procedimiento para su caracterización pionera en el contexto real de nuestra sociedad.

La multidisciplinariedad de los análisis a realizar exige el despliegue de procesos de capacitación en todos los niveles sociales de modo que faciliten el análisis consciente de la actividad de cada actor, gestor y beneficiario de estos procesos.

La investigación realizada ha permitido sustentar un enfoque novedoso de la problemática de la salud pública y fundamentar recomendaciones para el despliegue futuro de investigaciones y para accionar en la transformación hacia los propósitos del desarrollo humano.

Palabras clave: gestión social, cadena del valor, producción del servicio de salud.

Summary

The study of the health economy traditionally has been limited to the analysis of the costs and focused as business in the capital world to the benefits that it has reported, and so it is for any company. The present work outlines a new focus that allows the appropriateness of the knowledge on the social administration of the health like a complex process of interactions in the production of the social individual's life.

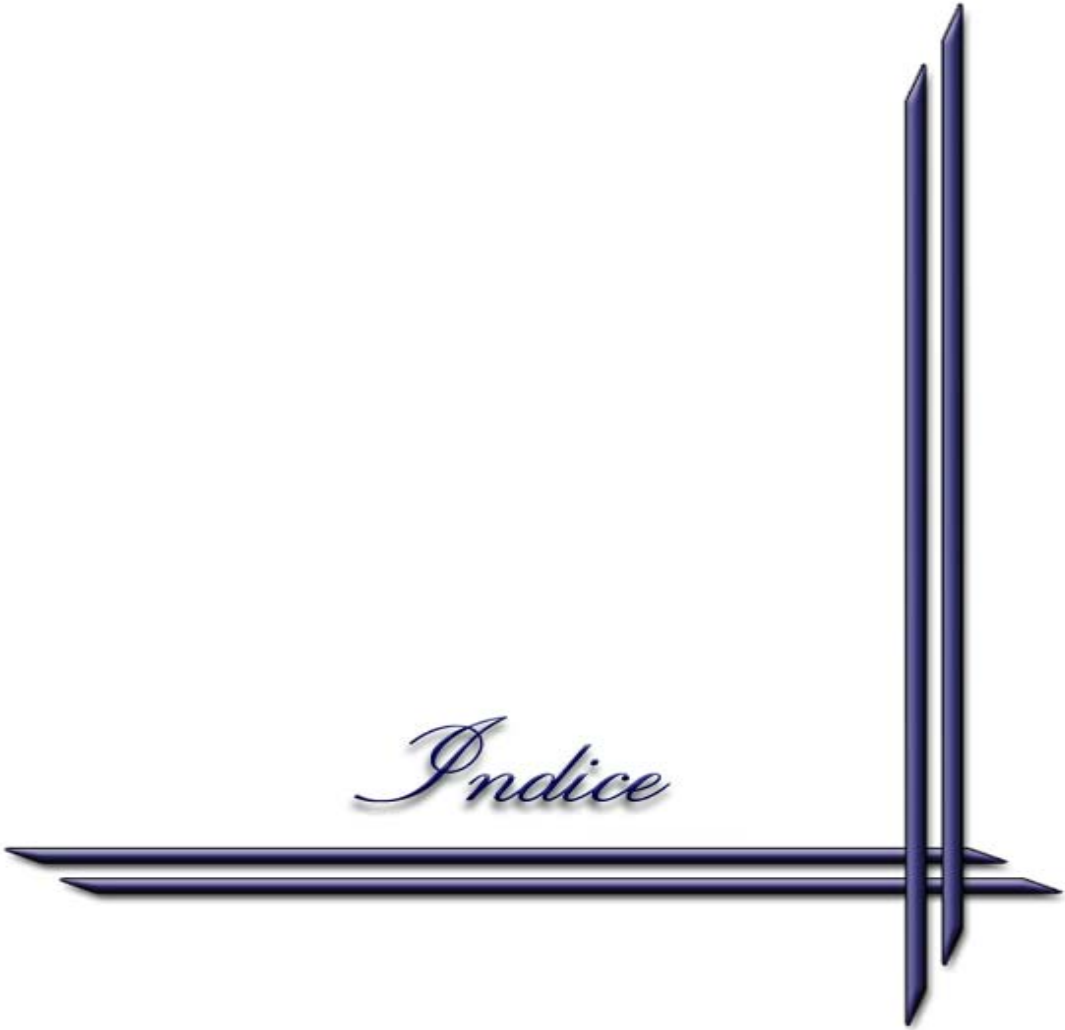
The employment of the focus of the chain of the value allows to show the complexity of the studied subject - the production of the health service - and to design a procedure for its pioneer characterization in the real context of our society.

The multiple disciplines of the analyses to carry out demands the unfolding of training processes in all the social levels so the conscious analysis of each actor's activity, agent and beneficiary of these processes.

The investigation carried out has allowed to sustain a new focus of the problem of the public health and to base recommendations for the future unfolding of investigations and to work in the transformation toward the purposes of the human development.

Keywords: social management, value chain, health service production.

Indice



Índice

Resumen

Introducción	1
Capítulo 1. Contexto económico del análisis de la producción de salud	4
1.1.- La producción de salud y su investigación.	5
1.2.- Salud y calidad de vida	9
1.3.- El individuo social en la producción de salud	13
Capítulo 2. La producción de salud	18
2.1.- La cadena de valor de Michael E. Porter	18
2.2.- Aproximación a la cadena de valor de la producción de salud.....	21
2.3.- Cadena de valor para los procesos integrados en la producción de salud	25
2.4.- Población de Estudio: el adulto mayor en el área de salud.	26
Capítulo 3. La producción de salud en el adulto mayor en el municipio de Cienfuegos.....	29
3.1.- Resultados de diagnóstico de salud en el adulto mayor.....	29
3.2.- Principales dificultades detectadas en la producción de salud.....	34
3.3.- Reflexiones sobre alternativas de solución a los problemas detectados.....	36
3.4.- La cadena de valor en la producción de salud	39
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Bibliografía	43
ANEXOS	

Introducción



Introducción

La economía de salud es una ciencia que, si bien tiene referencias en la literatura desde hace algunos años, en particular desde mediados del pasado siglo se viene tratando el tema, incluso existen publicaciones especializadas al respecto, ha adolecido de ser un enfoque sustentado, principalmente, en el análisis de los problemas económicos de la gestión del servicio de salud desde la perspectiva de su explotación como negocio, es decir, desde el punto de vista del balance de ingresos y gastos, de la rentabilidad del negocio y ello ha condicionado que predominen en este sentido los trabajos que desde las ciencias contables (costos, finanzas, financiamiento e inversión, salarios, precios y otros) sean los que contienen las aportaciones más importantes, reduciéndose en su mayoría a la adecuación para un servicio generalmente especializado en el tratamiento para el restablecimiento de la salud quebrantada.

Una perspectiva más amplia, que ha llevado a la introducción de modelos económico matemáticos para el análisis, investigación y toma de decisiones en relación a los servicios de salud se despliega a partir del auge neoliberal que llevó a la primacía del sistema financiero con la extensión de la actividad bursátil en el mundo capitalista. En el plano de los servicios de salud se pasó a la privatización de los fondos de pensiones, su conversión en un negocio empresarial, por tanto, a la comercialización dentro de la bolsa de valores de estas empresas y de sus acciones, y con ello la necesidad de emplear elementos de ingeniería financiera para buscar las evaluaciones de las acciones, predicciones de sus cursos, y otra variables de interés para estas empresas.

Por tanto, en el contexto de la literatura universal ha primado el análisis de los servicios de salud desde el ángulo financiero y con un enfoque de la contabilidad de gastos e ingresos orientado al beneficio, tal y como todos los negocios.

Sin demeritar estos procedimientos y su utilidad analítica, es preciso resaltar que ellos no facilitan penetrar en los fundamentos de los procesos que llevan en la realidad de la vida social a la obtención de un servicio de salud trascendente en la contribución a la elevación de la esperanza de vida y del disfrute de una vida saludable en la población. De hecho estos enfoques no aseguran el análisis de la producción de salud con el propósito de garantizar el desarrollo humano.

Esta carencia dentro de los estudios de la producción del servicio de salud nos animó a plantearnos el problema de la investigación de los diversos momentos que intervienen en el alcance de una vida humana saludable, como componentes del complejo proceso de producción de la salud del hombre. Ante esta inquietud, sustentada en la ausencia de un enfoque del (de los) proceso(s) que conduce(n) a una vida saludable, nos planteamos el siguiente *problema científico*: la investigación de la cadena del valor en la producción de salud para el segmento de la tercera edad con un enfoque integral, con el objetivo general de diagnosticar los principales factores que inciden en la producción del servicio de salud de la tercera edad tomando como referente un consultorio en el municipio de Cienfuegos.

Para dar cumplimiento a este objetivo y solucionar el problema científico planteado nos guiamos por la hipótesis: Si se analiza la salud de la tercera edad como la producción de un servicio con el enfoque de la cadena del valor, entonces se fundamentará con mayor precisión la dimensión integral de este proceso.

Para el desarrollo de la investigación se trazaron como objetivos específicos:

- 1.- Sustentar la concepción de la producción de salud como un proceso de creación del servicio de salud y los factores incidentes.
- 2.- Aplicar el procedimiento del enfoque de la cadena del valor para el análisis de los procesos conducentes a la producción del servicio de salud
- 3.- Estudiar en la población del adulto mayor del área de un consultorio el proceso de la producción de salud con el enfoque de la cadena del valor.

La satisfacción de los objetivos enunciados se corresponde con el contenido de los tres capítulos en que se estructura el Trabajo de Diploma. En el primer capítulo se aborda el sustento teórico de la producción de salud que permite considerar su análisis a partir del enfoque de la cadena del valor, el segundo capítulo aborda específicamente el procedimiento de la cadena del valor y cómo se estructura su aplicación al estudio del proceso de producción de la salud humana y en el tercer capítulo se examina con detenimiento la caracterización del objeto de estudio en una población concreta del municipio de Cienfuegos.

Como resultado del trabajo investigativo desplegado se fundamenta la importancia del enfoque económico del proceso de producción del servicio de salud que rebasa los marcos de la organización formal y oficial de los servicios de salud pública, la utilidad del enfoque de la

cadena del valor para poner de manifiesto con objetividad y claridad los componentes de este complejo e interfactorial proceso de producción de salud, y la aplicación práctica a una situación real nos revela dónde se encuentran las principales realizaciones y carencias del servicio de producción de salud en nuestra sociedad.

Capitula I



Capítulo 1. Contexto económico del análisis de la producción de salud

La salud, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, es un estado de bienestar completo, físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o incapacidad.

La salud es el resultado al que llegan los individuos sociales que se alcanza como consecuencia de la conjunción de un complejo sistema de procesos y factores que van desde la ausencia de enfermedad o incapacidad, en enfrentamiento a la presencia de contaminantes, contagios, vectores, hasta la garantía de los satisfactores —bienes, servicios y condiciones de vida, ambiente natural, infraestructural y social— que posibilitan un desempeño y comportamiento saludable de los miembros de la sociedad.

Esta circunstancia nos lleva a considerar la existencia de un sistema complejo de interacciones e intercondicionantes que conforman, de conjunto, el proceso de producción de salud como un resultado que disfrutan los individuos sociales.

En tanto la vida social se conforma por el proceso general de apropiación del entorno y su transformación para la adaptación a la satisfacción de las necesidades humanas, y en ese proceso se establece el sistema de relaciones que corresponden al nivel de desarrollo que han sido capaces de alcanzar las potencialidades de los hombres en sociedad, los determinantes de la producción de salud tienen condicionamientos materiales expresados en la composición de las fuerzas productivas y condicionamientos sociales manifiestos en el carácter social que se determina por el grado y nivel de desarrollo del componente material, así como también por la organización, orientación y composición de las relaciones de la superestructura, en particular: las relaciones políticas, las estrategias de desarrollo y los diversos componentes del mecanismo de gestión social que se fijan dentro del subsistema de las relaciones jurídicas.

De esta definición multidimensional de la salud puede apreciarse la presencia y papel tanto de los elementos que forman parte del individuo como de aquellos externos que interactúan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud. (Casas Anguita J., Repullo Labrador JR., Pereira Candel J., 2001)

Aquí aparece el concepto de calidad de vida. La calidad de vida relacionada con la salud se define como el *valor asignado a la duración de la vida*, modificado por oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales, influidos por enfermedades, daños, tratamientos o políticas. (Patrick DL., Erickson P., 1988)

Si bien la temática de la salud ha sido centro de atención y preocupación de la sociedad desde sus inicios y, como todo problema, lo ha enfrentado en correspondencia con sus potencialidades según el desarrollo alcanzado, la evolución de estas mismas condiciones de vida y de su producción y aseguramiento han hecho que tanto el conocimiento crezca, como también la visión más precisa de los distintos determinantes del concepto de salud.

La apreciación de nuevas aristas que inciden y/o determinan sobre la salud y sus parámetros también ha evolucionado con el desarrollo de los individuos sociales. Así es el caso del concepto de calidad de vida. (Gómez Vela María, Sabeh Eliana N., 2008), ya tan cercano y por ello tan difícil de disociar del concepto de salud.

1.1.- La producción de salud y su investigación.

La producción de salud es un resultado que se obtiene de la compleja interacción de varios procesos —que examinados desde la perspectiva de la salud como resultado, conformarían subprocesos del extenso y complejo proceso para obtener, como resultante, una vida saludable— y que estaría conformado por todas aquellas componentes de la actividad humana que aseguran fundamentos o aspectos de la salud.

Se conoce que, como regla, una correcta y adecuada alimentación en las diversas etapas de la vida del ser humano, desempeña un importante papel en el disfrute de una vida saludable. Esto nos hace apreciar que todo el complejo proceso que va desde la producción hasta el consumo de los alimentos refiere uno de los subprocesos del referido como extenso para el alcance de una vida saludable.

Al tomar como referente el proceso de la alimentación —desde producción hasta consumo— podemos apreciar que al mismo se asocian otros, no menos complejos y de gran significado, procesos que abarcan, entre varios más, los diseños tecnológicos y técnicos para la obtención de alimentos que, a su vez, se preceden de la producción de conocimientos logrados en la praxis social, la intervención y acción de procesos naturales —crecimiento y desarrollo de plantaciones, de rebaños; procesos de fermentación, de reposo y otros— la transformación, empaque, almacenamiento, transportación, distribución, comercialización y preparación para el consumo. Al propio tiempo todas y cada una de estas fases, etapas o subprocesos, están a su vez muy estrechamente vinculadas a tradiciones, hábitos de consumo, cultura de preparación y condiciones para la ingestión y asimilación de los alimentos que podrían ser examinados en el contexto de la cultura alimentaria y los paradigmas que imperan en la sociedad. De tal manera la cultura en general y los procesos de su extensión y comunicación devienen también subprocesos del más amplio.

Como quiera que el nivel de desarrollo de la sociedad actual condiciona las relaciones entre los individuos sociales a través de las cosas —resultados del trabajo objetivados en bienes y servicios, la participación de la riqueza material de la sociedad por medio de los ingresos en sueldos o salarios— los procesos de intercambio de actividad también desempeñan un importante papel en el alcance del bienestar de los seres humanos en sociedad y, por tanto, son una importante condicionante de la salud humana. La estructuración de estos procesos de intercambio y las formas de su distribución que organice la sociedad condiciona una diferencia sustancial entre diversos sistemas económicos sociales en el alcance de los propósitos naturales de la sociedad, a saber, la perpetuación de su existencia sobre el planeta.

El estado físico del individuo social también deviene un importante componente de la concepción de salud. Si bien puede asumirse como el resultado de las características personales de cada individuo, de sus hábitos de vida, características de su actividad laboral, condiciones de trabajo y vida, entre muchas otras, no es menos cierto que, analizado en sí mismo, es una resultante de varios procesos y, sobre todo, de los que están presentes en la práctica de ejercicios físicos, bien como condicionantes de una adecuada preparación física de un cuerpo saludable, o como complemento o compensación a la actividad laboral que realiza. El despliegue de una cultura de práctica de ejercicios físicos como parte contribuyente al alcance de una vida saludable deviene un importante proceso en la producción de salud, y todos los elementos que en el mismo interviene como componentes básicos del mismo.

El bienestar mental indiscutiblemente es parte integrante de la salud humana, no sólo en cuanto a la ausencia de desequilibrios sino, sobre todo, por la existencia de condiciones saludables en términos fisiológicos pero también sociales en los diversos contextos en que despliega su actividad vital el individuo social: el colectivo familiar, laboral, el círculo de amistades, la vida dentro de las organizaciones laborales, profesionales, de masas o partidistas en que se desempeña, así como la capacidad que alcance de comprender el entorno en que vive y el lugar y papel que le corresponde en este, alcanzando así un equilibrio y armonía que le permita evadir el estrés y obtener salud mental. He aquí otro proceso importante que se combina con otros nada despreciables como son la cultura de vida, tanto personal como social presente en los demás individuos del entorno, la estructuración de las relaciones laborales, familiares, en la comunidad, las condiciones sociales generales, la participación y la realización de los derechos sociales, civiles y ciudadanos.

La vida en sociedad impone también otras condicionantes de salud que aparecen también como procesos que tributan al alcance de una vida saludable. En la sociedad humana los

diversos procesos que se enfrentan con el propósito de asegurar la vida social y su perpetuación están estrechamente concatenados, intervencidos y, con frecuencia, en relaciones de interdependencia. La vida del ser humano puede ser más o menos saludable a partir de las garantías de que se disfruten en aspectos como seguridad ciudadana, capacidad de autonomía para el desplazamiento entre diversos puntos en función del despliegue de la actividad vital, condiciones de accesibilidad a la vivienda y a los diversos servicios que se requieren cotidianamente.

También asociadas a las condiciones sociales están las condiciones ambientales: naturales, sociales e infraestructurales —en particular caracterizada por la ausencia de contaminantes— la organización y gestión en la disposición de desechos de todo tipo, ausencia de agentes vectores de enfermedades o insalubridad en general. Aquí vuelve a aparecer el papel de la cultura, tanto de cada individuo como de la comunidad y sociedad en cuanto a la preservación de un medio saludable.

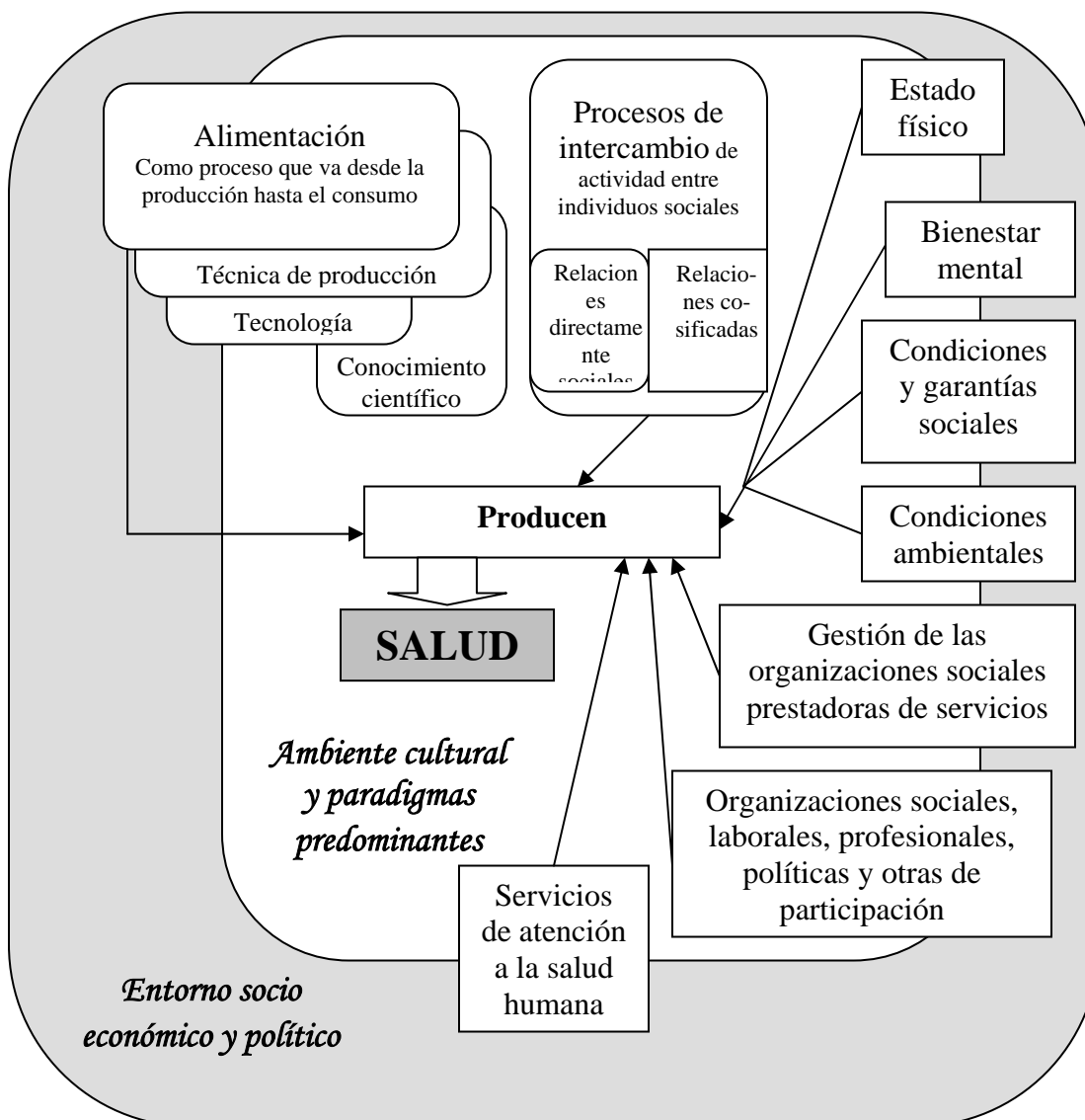
La gestión de las organizaciones que brindan diversos servicios sociales hacen una importante contribución a la salud humana en la medida en que estos servicios, tanto por su calidad, como por lo expedito, la accesibilidad a los mismos, la oportunidad en que se brindan, etc., contribuyen a la satisfacción de las necesidades de una vida saludable y al disfrute de los progresos y avances sociales.

Los servicios de atención a la salud humana en tanto la búsqueda de asistencia ante la presencia de desequilibrios de la salud personal o la aparición de enfermedades, representa otro sistema de procesos también de elevada importancia en la consecución de una vida saludable, aunque, como se puede apreciar, no es posible reducir el propósito de alcanzar una vida saludable, a la articulación de este tipo de actividad en la sociedad. Claramente resulta comprensible que aquí se deben distinguir dos momentos: el preventivo y el curativo. Podríamos apuntar a la prevención como el aspecto quizás más importante y trascendente por su elevado impacto positivo en comparación con el bajo costo de recursos si lo comparamos con los procedimientos terapéuticos para rebasar exitosamente la aparición de enfermedades.

De tal manera podemos arribar a la conformación de la comprensión de un sistema extenso y complejo de producción de salud como la resultante de la interacción de varios procesos y subprocesos que tributan al alcance de una vida saludable del individuo social. El esquema N° 1 pretende representar un modelo lógico.

El esquema presentado no es más que una aproximación a un modelo simplificado que sólo pretende hacer comprensible la lógica que se sigue en el análisis de este complejo y extendido proceso de alcance de una vida saludable que nos permite ubicar en el plano socio económico a un aspecto tan preciado de la actividad humana que es la salud. Desde este enfoque la salud es el resultado de la complejidad del proceso de producción de la vida social que se alcanza necesariamente en sociedad y por la actividad de la sociedad misma. Es en este sentido que se conceptualiza, con un significado socio económico, a la producción de salud como objeto de estudio de la ciencia económica.

Esquema N° 1. Representación del complejo proceso de producción de salud y las relaciones de interacción de sus principales componentes.



Al propio tiempo, conceptualizar la producción de salud como proceso a estudiar por la ciencia económica nos lleva a la comprensión de que el alcance de este preciado valor social es la resultante de una extendida cadena de valor en la cual intervienen varios procesos interconectados entre sí no sólo porque todos tributan en diversa medida a la obtención de salud, sino porque, además, están interdependientes por los vínculos que genera el ambiente cultural y el predominio de paradigmas predominantes, que al propio tiempo están condicionados por el ambiente socio económico y político imperante en la sociedad. Investigar la producción de salud exige de este enfoque integrador e integral del problema.

Ante esta circunstancia se aprecia la proximidad entre la producción de salud y su investigación respecto al estudio de la concepción de la calidad de vida.

Desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de indicadores estadísticos sociales que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Ellos evolucionan de un primer momento de referencia de las condiciones objetivas económicas y sociales, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos referidos a la percepción del bienestar, la salud, la calidad de vida, etc., todo lo cual constituyen elementos importantes en la comprensión de la salud y todo el proceso que lleva a su alcance por la sociedad.

1.2.- Salud y calidad de vida

Al abordar la problemática de la salud desde la perspectiva de la calidad de vida, aspecto con lo que lo vincula la propia organización mundial de la salud, es preciso aproximarnos a la definición de calidad de vida, que en los últimos cincuenta años ha tenido un proceso sucesivo de aproximación y precisión como concepto. Así tenemos que autoras como María y Eliana apuntan que "...la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales (b), como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (c) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (d)". (Gómez Vela María, Sabeh Eliana N., 2008)

Según argumenta Juan Chaviano, “La Calidad de vida se puede definir como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación el entorno”. De tal manera vemos cómo en los componentes esenciales de la determinación de la calidad de vida y en su percepción, está presente la problemática de la salud. De igual manera se puede señalar que una condicionante abarcadora de la salud es la calidad de vida de los individuos en los que se esté precisando, tanto el estado de salud como su percepción consciente al nivel individual.

Los términos de calidad de vida, estado de salud y estado funcional se intercambian frecuentemente, sin que se llegue a un consenso en su definición. Al propio tiempo no son de identificarles, así Moons ha concluido que el enfoque más adecuado para definir la calidad de vida sea la percepción subjetiva de la satisfacción personal con la vida, que no se limita solamente a la relacionada con la salud. (Moons P., Budas W., De Geest S., 2006)

Sin embargo, cuando en el concepto de calidad de vida incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como la situación económica, el nivel de caracterización y, sobre todo, de percepción que se alcanza de ello condiciona el estado de salud, en tanto equilibrio psíquico, emocional y nivel de aceptación de la realidad en que se desenvuelve el individuo. Esto determina equilibrio emocional y con ello salud.

Se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían entre personas, grupos lugares; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”. (Velardo Jurado E., Águila Figueroa C., 2002). Es muy sintomático que una de las precisiones del término calidad de vida lo brinde la OMS. Según esta organización, la calidad de vida es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

La Organización Mundial de la Salud ha identificado seis áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas:

Un área física (p.e, la energía, la fatiga)
Un área psicológica (p.e, sentimientos positivos)
El nivel de independencia (p.e, movilidad)
Las relaciones sociales (p.e, apoyo social práctico)
El entorno (p.e, la accesibilidad a la asistencia sanitaria)
Las creencias personales/espirituales (p.e, significado de la vida)

La meta de mejorar la calidad de vida ha cobrado una mayor importancia en promoción de la salud y es especialmente importante en relación con la satisfacción de las necesidades de las personas de edad avanzada, los enfermos y las poblaciones vulnerables.

Como alternativa, se ha propuesto un enfoque más objetivo centrado en los logros personales con respecto a las actividades esenciales o “funciones”, como alimentarse adecuadamente, vivir en sociedad sin avergonzarse de la propia situación en la vida, gozar de seguridad física, etc.

Según Pattanaik el bienestar de una persona depende de sus logros respecto a las distintas funciones que le atañen y puedan ser aceptadas como básicas o esenciales por diversos pueblos y culturas, y propone la siguiente clasificación de las funciones humanas en tres categorías

1. Funciones físicas:

- Esperanza de vida;
- Alimentación adecuada;
- Protección frente a los elementos;
- Ausencia de enfermedades.

2. Funciones políticas y sociales:

- Seguridad personal
- Participación en la vida comunitaria y política
- Inmunidad frente a la discriminación por razón de raza, sexo, edad u orientación sexual
- Capacidad para vivir sin avergonzarse por la posición propia en la sociedad.

3. Funciones intelectuales y estéticas

- Capacidad intelectual para abordar los problemas de la vida;
- Realización intelectual mediante la contribución al conocimiento humano;
- Realización estética mediante la expresión de las facultades creativas o la participación en acontecimientos estéticos.

La equidad es un aspecto fundamental en la calidad de vida. La verdadera equidad significa una igualdad real de oportunidades y sólo es posible mediante un mejor equilibrio en el reparto de los ingresos, de la riqueza y del acceso a los servicios. Cuando en las políticas vigentes reina efectivamente la equidad, se alcanza una mayor seguridad de las personas, una esperanza de vida más larga y un medio ambiente más sostenible. Al hacer efectiva la equidad se logra mejor calidad de vida para todos y, por tanto, de las condiciones de salud.

Lo hasta aquí analizado nos permite llegar a la conclusión de que los términos calidad de vida y salud humana están indisolublemente ligados y, en muchas dimensiones, refieren el mismo aspecto bajo prismas de visión diferentes. Esta circunstancia, en el objeto de investigación que nos ocupa es de vital importancia, pues nos pone de manifiesto que el logro de una adecuada salud o de un nivel determinado de calidad de vida es un proceso multifactorial y que tiene determinantes desde diversas procedencias. Ambos son resultados del complejo proceso de inserción del hombre en el proceso de transformación del entorno para adaptarlo a la satisfacción de sus necesidades y en el que, al mismo tiempo, se transforma a sí mismo como componente del propio entorno sobre el que acciona.

En el desarrollo de su actividad cotidiana de trabajo y producción el hombre no sólo produce condicionantes de su estado de salud, sino que produce directamente su propia salud, aunque ello puede resultar realizado de manera “saludable” o “insalubre” —en el más amplio sentido de ambos términos: tanto como procesos o como resultados— y con ello resulta que la actividad humana, en el proceso socio económico del desempeño de la sociedad, resulta un complejo proceso donde se produce como resultado el servicio de salud, bien sea porque incide directamente en un servicio de generación, regeneración o recuperación de salud o porque los resultados de la actividad son condicionantes directas de la salud del hombre mismo.

1.3.- El individuo social en la producción de salud

Enfocado el proceso de alcance de una vida saludable como una componente integrada en todo el proceso de la producción y reproducción de la vida del hombre, la salud es una variable resultante, prácticamente, de toda la actividad social de individuo humano. Esta actividad se desarrolla en condiciones históricas socialmente determinadas de manera objetiva por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la sociedad misma y, por tanto, se encuentra inmersa en el sistema de las relaciones sociales de producción. Esto significa que en cada etapa histórica de la evolución de la sociedad han existido condicionantes materiales de la salud directamente vinculadas a las componentes de las fuerzas productivas de la sociedad, y condicionantes sociales que parten del sistema de relaciones sociales del sistema estructurado.

No es posible examinar la salud de manera aislada, y por lo tanto su tratamiento es un problema multisectorial. La salud humana tiene aspectos biológicos que, generalmente han recibido atención en estructuras especializadas para su tratamiento que van desde componentes del sistema de administración de recursos y organización de procesos de servicios como son la organización de la salud pública, conformación de organizaciones administrativas y de servicios (ministerio, hospitales, policlínicas, consultorios y otros) y la preparación de talento humano para la prestación de estos servicios (organizaciones que forman personal médico y paramédico, así como otros perfiles propios para la prestación de los servicios asistenciales). Lamentablemente, por lo general, cuando se trata el tema de salud humana enseguida acuden a nuestra imaginación, únicamente, estos elementos arriba señalados, lo cual, para el propósito de análisis de la producción de salud, refleja únicamente un aspecto dentro del cual se privilegia el servicio que se enfoca a la restauración de la salud dañada.

Ciertamente la recuperación de la salud perdida por cualquier motivo es importante en el aseguramiento de la salud, y es un servicio esencial en la garantía de la preservación de la salud en la sociedad así como en el alcance de una seguridad para la salud. Pero no es lo único, cercano a esto está la prevención que se alcanza como resultado de diversos procesos donde aparecen desde los programas de prevención hasta las condiciones de trabajo, de transportación, de vida en la vivienda, de higiene ambiental, de calidad del agua, del aire, de seguridad en la vía pública, y de un sinnúmero de otros factores influyentes.

En la sociedad el resultado principal, final y objetivamente en resultado global de la actividad de la producción social es la sociedad misma, pues todo lo que la sociedad ha realizado a lo largo de toda su historia es la perpetuación de la sociedad misma, como es lógico, para ello debe

asegurar la permanencia y extensión de la vida de cada uno de los individuos que le integran. Este proceso en cada etapa del desarrollo histórico ha estado asignado por el condicionamiento social de los individuos, aspecto este que imprime su sello tanto al como también a los resultados; pero en esencia no lo modifica. Podemos decir, por tanto, que la producción social en general tiene como resultado al individuo social en su determinación social.

Si analizamos el proceso de la reproducción del hombre a partir de los componentes en que se ha compartido para su examen, podemos encontrar una especie de segmentación que ya fuera planteada por los clásicos del marxismo en su momento, en el caso de Karl Marx en El Capital, al analizar el proceso de la reproducción, y más tarde Lenin, al examinar con más detalle el problema en las condiciones del imperialismo donde se presenta el fenómeno del desarrollo desigual argumenta distinciones entre componentes internas del propio sistema de la reproducción. En los siguientes recuadros pretendemos presentar de manera muy sucinta los principales componentes de ese análisis.

Recuadro 1. Análisis por Marx de la reproducción social y sus prioridades en las condiciones del capitalismo premonopolista:

Sector	Descripción	Prioridad en la reproducción
I	Producción de Medios de Producción	Primera
II	Producción de Medios de Consumo	Segunda

Recuadro 2. Análisis por V. I. Lenin de la reproducción social y sus prioridades en las condiciones del capitalismo monopolista:

Sector	Descripción	Prioridad en la reproducción
I	Producción de Medios de Producción	Primera
Subsector A	Producción de Medios de Producción para producir Medios de Producción	
Subsector B	Producción de Medios de Producción para producir Medios de Consumo	Segunda
II	Producción de Medios de Consumo	Tercera

Siguiendo la lógica del análisis y trayéndola a la sociedad contemporánea, donde la actividad de la producción de servicios ha llevado a lo que se conoce como terciarización de la economía, por el cada vez más elevado papel que a ella le corresponde en la actividad de la vida económica de la sociedad contemporánea, y dentro de ella el elevado papel que viene desempeñando el proceso de la producción de conocimientos, el análisis de la reproducción cada vez hace más fehaciente la aparición de otros sectores de la actividad humana que, inmersos en todo el proceso de la reproducción social, se desempeñan con prioridades mucho más elevadas, en tanto condición para el funcionamiento de los demás sectores de la economía social. En este caso estaríamos ante una estructura de análisis como sigue en el recuadro 3.

Recuadro 3. Análisis en la actualidad de la reproducción social y sus prioridades.

Sector	Descripción	Prioridad en la reproducción
	Servicios que garantizan la presencia de individuos humanos con capacidades para la producción de conocimientos, tecnologías, servicios y bienes (hábitat, educación, salud...)	Primera
	Producción de talento humano para la producción de conocimientos	Segunda
	Producción de conocimiento científico y técnico para el diseño de nuevos productos (proyectos)	Tercera
	Producción de tecnologías para producciones de bienes y servicios (prototipos)	Cuarta
I	Producción de Medios de Producción	Quinta
Subsector A	Producción de Medios de Producción para producir Medios de Producción	Sexta
Subsector B	Producción de Medios de Producción para producir Medios de Consumo	Séptima
II	Producción de Medios de Consumo	Octava

En todo ello el hombre aparece como el gestor, el actor, el beneficiario y el resultado mismo del proceso de producción y reproducción de sus condiciones de vida, lo cual incluye también el resultado que alcanza en su salud.

Aquí llegaríamos a la conclusión de que toda la actividad vital del hombre es la que lleva como consecuencia a la salud que disfruta, y ello es cierto. Pero al mismo tiempo, si de su análisis se trata, buscamos una expresión que permita su entendimiento y abarcarlo en el proceso de su análisis. Por ello aparecen aspectos que pueden facilitar el análisis como componentes del proceso de producción de salud que se presentan en el recuadro que sigue y que se derivan del primer esquema presentado en los inicios del presente capítulo.

Recuadro 4. Componentes del proceso de producción de salud.

- A.- Alimentación
- B.- Intercambio de actividades
- C.- Estado físico
- D.- Bienestar mental
- E.- Condiciones y garantías sociales
- F.- Condiciones ambientales
- G.- Servicios sociales
- H.- Organizaciones sociales de participación
- I.- Servicios de atención a la salud
- J.- Entorno socio económico y político
- K.- Ambiente cultural y paradigmas predominantes

En cada uno de estos componentes pueden ser precisadas diversas variables que llevan a una comprensión más detallada de los componentes de la producción de salud. Tal enfoque nos permite superar el más comúnmente predominante como la atención a la salud por la vía de los sistemas de servicios médicos y paramédicos como el único aspecto que tiene que ver con el propósito de asegurar la salud, a la vez que nos lleva a ver más integralmente el sistema de la producción social, que va más allá de la actividad propia de las industrias extractiva y transformativa, a lo que nos acostumbra los análisis de la producción social o de la creación del producto social.

El examen de los componentes de la producción de salud y sus variables en el contexto de la población compuesta por los adultos mayores puede revelar con más precisión los efectos que se ha alcanzado en la sociedad en el proceso de producción de salud. La población del adulto mayor, su presencia, tendencia demográfica y su peso específico en la sociedad de por si ya es un indicador de los logros y resultados alcanzados por la sociedad en el proceso de su desarrollo, a la vez que puede llamar la atención hacia aquellos aspectos en los que se concentran las condicionantes de desequilibrios o comportamientos no deseados en el proceso del desarrollo, en tanto que esta generación resume en sí todo el resultado del comportamiento del proceso de producción de vida saludable en la sociedad.

Capitula II



Capítulo 2. La producción de salud

La complejidad de todo el sistema de procesos que conforman elementos contribuyentes al alcance de salud en el individuo social hacen que el mismo aparezca como un sistema de factores que afectan la obtención del resultado, a saber: la salud del individuo social.

Este complejo sistema es posible analizarse si se acude a un conocido procedimiento que se ha formulado con un propósito diferente: el enfoque de la cadena del valor que nació como un enfoque para analizar comprensiblemente el proceso empresarial con el propósito de destacar las reservas y potencialidades de competitividad del sector. La ventaja de este enfoque es que permite poner en claro los principales determinantes del proceso generador de los resultados y encontrar en el mismo las posibilidades de racionalización y necesidades de coordinación con el propósito de optimizar el funcionamiento del sistema. (Porter, Michael E.,1985)

Un sistema complejo requiere de coordinaciones bajo la conducción consciente del mismo. Las necesarias coordinaciones pueden inferirse del análisis de los diversos momentos y las interrelaciones que entre ellos objetivamente existen. Al escudriñar en el sistema se pueden revelar las alternativas de mejora para su funcionamiento y, con ello, alcanzar una visión proactiva de estrategias para elevar el resultado final.

2.1.- La cadena de valor de Michael E. Porter

La cadena de valor en su enfoque empresarial ha sido esquematizada como aparece en el siguiente esquema:

Esquema N° 2. Esquema de la Cadena de Valor empresarial.



En el esquema del modelo de la Cadena de valor empresarial se distinguen en la parte superior las actividades de apoyo o auxiliares y en la parte inferior las actividades primarias.

La *cadena de valor empresarial*, o *cadena de valor*, es un modelo teórico que permite describir el desarrollo de las actividades de una organización empresarial, descrito y popularizado por Michael E. Porter en su obra antes referida.

La cadena de valor categoriza las actividades que producen valor añadido en una organización en dos tipos: las actividades primarias y las actividades de apoyo o auxiliares.

Las actividades primarias se refieren a la creación física del producto, su venta y el servicio posventa, y pueden también a su vez, diferenciarse en sub-actividades. El modelo de la cadena de valor distingue cinco actividades primarias:

- Logística interna: comprende operaciones de recepción, almacenamiento y distribución de las materias primas.
- Operaciones (producción): recepción de las materias primas para transformarlas en el producto final.
- Logística externa: almacenamiento de los productos terminados y distribución del producto al consumidor.
- Marketing y Ventas: actividades con las cuales se da a conocer el producto.
- Servicio: de post-venta o mantenimiento, agrupa las actividades destinadas a mantener o realizar el valor del producto, mediante la aplicación de garantías.

Las actividades primarias están apoyadas o auxiliadas por las denominadas actividades secundarias:

- Infraestructura de la organización: actividades que prestan apoyo a toda la empresa, como la planificación, contabilidad y las finanzas.
- Dirección de recursos humanos: búsqueda, contratación y motivación del personal.
- Desarrollo de tecnología, investigación y desarrollo: obtención, mejora y gestión de la tecnología.
- Abastecimiento (compras): proceso de compra de los materiales.

Para cada actividad de valor añadido han de ser identificados los generadores de costes y valor.

La cadena de valor enseguida ocupó primeros planos en el pensamiento de gestión empresarial como una poderosa herramienta de análisis para la planificación estratégica. Su objetivo último es maximizar la creación de valor mientras se minimizan los costos. De lo que se trata es de crear valor para el cliente, lo que se traduce en un margen entre lo que se acepta pagar y los costos incurridos. Busca elevar competitividad.

La cadena de valor ayuda a determinar las actividades o competencias distintivas que permiten generar una ventaja competitiva, concepto introducido también por Michael Porter. Tener una ventaja competitiva es tener una rentabilidad relativa superior a los rivales en el sector industrial en el cual se compite, la cual tiene que ser sustentable en el tiempo.

La rentabilidad significa un margen entre los ingresos y los costos. Cada actividad que realiza la empresa debe generar el mayor nivel posible. De no ser así, debe costar lo menos posible, con el fin de obtener un margen superior al de los rivales. Las Actividades de la cadena de valor son múltiples y además complementarias (relacionadas). El conjunto de actividades de valor que decide realizar una unidad de negocio es a lo que se le llama estrategia competitiva o estrategia del negocio, diferente a las estrategias corporativas o a las estrategias de un área funcional. El concepto de subcontratación, outsourcing o externalización, resulta también de los análisis de la cadena de valor.

El concepto ha sido extendido más allá de las organizaciones individuales. También puede ser aplicado al estudio de la cadena de suministro así como a redes de distribución. La puesta a

disposición de un conjunto de productos y servicios al consumidor final moviliza diferentes actores económicos, cada uno de los cuales gestiona su cadena de valor. Las interacciones sincronizadas de esas cadenas de valor locales crean una cadena de valor ampliada que puede llegar a ser global.

Capturar el valor generado a lo largo de la cadena es la nueva aproximación que han adoptado muchos estrategias de la gestión. Sobre la base de explotar la información que se dirige hacia arriba y hacia abajo dentro de la cadena, las compañías pueden intentar superar los intermediarios creando nuevos modelos de negocio.

De lo referido se deriva que el modelo de análisis presentado en la cadena de valor es posible asumirlo para el examen del proceso de producción de salud. El sistema posee tres momentos esenciales: las entradas, los procesos de transformación o manipulación y las salidas. Al propio tiempo, dentro de cada proceso se puede acudir al enfoque de cadena de valor y precisar dentro de ellos los aspectos determinantes.

2.2.- Aproximación a la cadena de valor de la producción de salud

Pretender examinar la cadena de producción de valor en la generación del servicio de salud en la sociedad presupone analizar las entradas, los procesos de transformación o manipulación para alcanzar las salidas que tributan, en tanto bienes, servicios o condiciones al disfrute de una vida saludable.

Siguiendo la lógica del análisis planteado en el capítulo 1 y reflejada sintéticamente en el esquema N° 1, podemos aproximarnos a una identificación de procesos que se insertan en el sistema de la cadena de valor de la producción de salud. Al propio tiempo cada uno de los procesos constituirían cadena de valor en sí mismo, incluso, dada la formulación genérica que de ello presentamos, es susceptible de examinar en los diversos procesos que se refieren a continuación, la presencia de más de una cadena de valor, en tanto se integran de muy diversos procesos, algunos interconectados y otros no necesariamente entrelazados.

Este análisis lo podemos apreciar en la siguiente tabla.

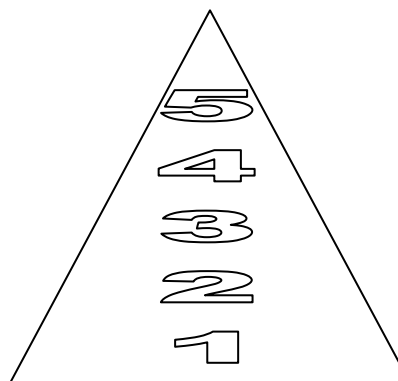
Tabla Nº 1. Representación de los procesos conducentes a la producción de salud

Entradas	Procesos	Salidas
Alimentos	Producción de alimentos saludables	Alimentación balanceada
Relaciones sociales	Intercambio de actividades	Auto Reconocimiento
Desarrollo físico	Realización de actividades físicas	Estado físico saludable
Equilibrio biológico, psíquico y social	Armonización de los ambientes laboral, familiar, comunitario y las condiciones personales	Bienestar mental
Seguridad social	Condiciones y garantías sociales	Seguridad física y social
Incidencia medio ambiental	Equilibrio e higiene ambiental	Entorno amigable
Disponibilidad de servicios	Gestión de las organizaciones en la prestación de servicios sociales	Satisfacción de necesidades
Participación	Gestión de organizaciones sociales	Participación en decisiones
Salud Pública	Prestación de servicios médicos	Restablecimiento de salud
Ambiente social, económico y político	Procesos de desarrollo social, económico y ambiente político	Pertenencia, bienestar, intereses compartidos
Ambiente cultural	Formación de conocimientos, convicciones, cultura, creencias, comunicación de valores	Convicciones, comprensión de lugar que ocupa en la sociedad, equilibrio social

El análisis de los componentes del sistema que nos lleva a la producción de salud puede tener un ordenamiento determinado. Si queremos destacar los aspectos más esenciales sobre los que habría que incidir o prestar atención en términos de actuación social, política, de gobierno, etc., podemos acudir a diversos criterios. Uno de ellos, muy difundido en el mundo académico, es la conocida jerarquía de Abraham Maslow. Siguiendo este criterio se priorizarían las necesidades que brotan de la condición física humana, las necesidades fisiológicas. Veamos más en detalle.

Al jerarquizar las necesidades de Abraham Maslow ordenó éstas según se relacionan debajo:

- 1.- Necesidades fisiológicas
- 2.- Necesidades de seguridad
- 3.- Necesidad de amor y pertenencia
- 4.- Necesidad de autoestima
- 5.- Necesidad de la auto actualización



En cada uno de los elementos de la jerarquía de las necesidades del modelo de Abraham Maslow se distinguen los siguientes componentes.

Jerarquía de necesidades - *necesidades fisiológicas*

Estas son las necesidades muy básicas tales como aire, agua, alimento, sueño, sexo, etc. Cuando éstas no están satisfechas podemos sentir enfermedad, irritación, dolor, malestar, etc. Estas sensaciones nos motivan a aliviarlas cuanto antes para establecer el equilibrio. Una vez que se alivian, podemos pensar en otras cosas.

Jerarquía de necesidades - *necesidades de seguridad*

Estas necesidades se ocupan de lograr la estabilidad y la consistencia en un mundo caótico. Estas necesidades son sobre todo psicológicas por naturaleza. Necesitamos la seguridad de un hogar y de una familia. Sin embargo, si una familia es disfuncional causado, por ejemplo, un marido abusivo, la esposa no puede trasladarse al nivel siguiente. Porque ella está constante preocupada por su seguridad. El amor y las pertenencias tienen que esperar hasta que ella no tenga más miedo. Muchos en nuestra sociedad claman por la vigencia de la ley y el orden porque no se sienten suficientemente seguros como para dar una caminata en su vecindad.

Jerarquía de necesidades - *necesidad de amor y de pertenencia*

Estas necesidades son las siguientes en la escala. Los seres humanos tienen un deseo de pertenecer a grupos: clubs, grupos de trabajo, grupos religiosos, familia, cuadrillas, etc.

Deseamos sentirnos amados (no sexual) por otros, ser aceptados por otros. Los artistas aprecian el aplauso. Necesitamos ser necesitados.

Jerarquía de necesidades - *necesidad de autoestima*

Hay dos tipos de necesidades de estima. La primera es la autoestima que es el resultado de la capacidad o maestría en una tarea. En segundo lugar, está la atención y el reconocimiento que viene de otros. Esto es similar al nivel de pertenencia, pero el deseo de ser admirado está relacionado con la necesidad de poder.

Jerarquía de necesidades - *la necesidad de la auto actualización*

Este es “el deseo de convertirse en cada vez más cuál es uno, para convertirse en todo que uno es capaz de convertirse.” La gente que tiene todo puede maximizar su potencial. Pueden buscar conocimiento, paz, experiencias estéticas, la auto satisfacción, la unidad con Dios, etc.

Este modelo resalta elementos que ya han sido considerados en el análisis hasta aquí presentado, sólo que nos llama la atención a la jerarquización de los diversos componentes. Se han señalado limitaciones a la jerarquía de necesidades planteadas por Maslow y también que el propio autor le fue añadiendo con posterioridad otras capas a las cinco iniciales que presentara. De todos modos hay algo importante a destacar: la estructura del ser humano tiene en su organismo biológico el componente y portador material de su conciencia y capacidad de comprensión del mundo, de sí mismo y de sus convicciones que le conducen en sus modelos de actuación. Pero, al propio tiempo, no se puede absolutizar la primacía de lo fisiológico en tanto la determinante social de todos los procesos en que está inmerso el ser humano es tan trascendental que llega en mucho a determinar las respuestas fisiológicas que los organismos de los seres humanos son capaces de ofrecer.

Al buscar jerarquizar a los diversos componentes del complejo proceso de producción de salud sería conveniente admitir la condición de “ambiente” que juegan unos con respecto a otros — como es el caso de las condiciones socio-económico-políticas, la cultura predominante, creencias y paradigmas— y al propio tiempo analizar cómo unos procesos anteceden a otros en la lógica de su comportamiento, o sucesión lo cual puede resultar significativo para la evaluación del resultado, a saber: la producción de salud.

2.3.- Cadena de valor para los procesos integrados en la producción de salud

Sin la pretensión de agotar el tema y más bien a modo de ilustración, podemos resaltar los componentes principales de algunos de los procesos conducentes a la obtención de aquellos resultados que generan una vida saludable. Al hacerlo destacamos los componentes de las actividades primarias y secundarias que permitirían optimizar los procesos.

Si tomamos la producción de alimentos saludables tendríamos:

Actividades primarias, referidas a la creación física del producto, su venta y el servicio posventa, tendríamos en las cinco actividades primarias:

- Logística interna: manipulación de materias primas para la producción de alimentos comprende operaciones de recepción, almacenamiento con condiciones infraestructurales y normas que eviten la contaminación, la selección beneficio, y distribución de las materias primas según regulaciones específicas para garantizar un producto final saludable.
- Operaciones (producción): transformación de los insumos para generar el alimento como producto en correspondencia con regulaciones sanitarias para la recepción de las materias primas y la higiénica transformación en el producto final.
- Logística externa: almacenamiento de los productos terminados y distribución del producto al consumidor con la utilización de los medios y procedimientos apropiados que aseguren la no contaminación y conservación dentro de parámetros que aseguren un producto apropiado para el consumo humano.
- Marketing y Ventas: estas actividades, con las cuales se da a conocer el producto, deben contemplar lo relativo a las normas de seguridad sanitaria —fechas de fabricación y vencimiento, estado del empaque, formas de preparación, condiciones de conservación y otros detalles o especificidades según las características del producto de que se trate— de modo que el consumidor alcance la información necesaria para la preservación de su salud.
- Servicio: de post-venta o mantenimiento, agrupa las actividades destinadas a mantener o realizar el valor del producto, mediante la aplicación de garantías, aseguramiento de la protección al consumidor.

En las actividades secundarias:

- Infraestructura de la organización: actividades que prestan apoyo a toda la empresa, como la planificación, contabilidad y las finanzas.

- Dirección de recursos humanos: búsqueda, contratación y motivación del personal, y en relación a la preparación o producción de los alimentos se contempla lo relativo a la capacitación y formación de hábitos higiénicos en el puesto de trabajo que incide directamente en la preparación de los productos alimenticios.
- Desarrollo de tecnología, investigación y desarrollo: obtención, mejora y gestión de la producción certificada para el consumo humano.
- Abastecimiento (compras): proceso de compra de los alimentos.

2.4.- Población de Estudio: el adulto mayor en el área de salud.

El envejecimiento es un proceso que se puede definir como cambios estructurales y funcionales que ocurren después de alcanzar la madurez reproductiva, el cual implica una disminución de la capacidad de adaptación ante factores nocivos y tiene como consecuencia un aumento de las probabilidades de muerte en el tiempo.

Los adelantos científicos técnicos en general y el mejoramiento de las asistencias médicas y de enfermerías han hecho posible que la población mundial envejezca y aumente por tanto el grupo de mayores de 60 años a un ritmo más acelerado que el resto de la población.

La creciente esperanza de vida permite suponer que el contacto intergeneracional será cada vez mayor, conviviendo los más jóvenes con los más viejos. Esto obligará a proyectar acciones e iniciativas para atender a un grupo poblacional cada vez más amplio y como consecuencia se incrementará el uso de los servicios sociales y médicos.

Dentro de los programas priorizados, en Cuba se encuentra el Programa de Atención al Adulto Mayor en el cual se plasman las actividades a desarrollar por el médico y la enfermera de la familia, relacionadas con la promoción de salud y la prevención de enfermedades. Estas actividades persiguen que este grupo tenga un mejor control de la salud y al mismo tiempo que mejoren. Dentro de estos programas se incluyen los dirigidos a mejorar la calidad de vida, ya sea mediante actividad física, integración social, control de hábitos tóxicos, vida más sana, empleo del tiempo libre y otros.

Teniendo en cuenta la importancia y la prioridad que tiene mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor, se realizó esta investigación, para determinar algunas características

del envejecimiento en la población de 60 años y más, del Consultorio No 19 del Área V del municipio de Cienfuegos.

TABLA 2. *Distribución de la muestra según edad y sexo*

Grupo de Edades	Masculino		Sexo Femenino		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
60-64	11	32.53	17	36.96	28	35.00
65-69	10	29.41	8	17.39	18	22.50
70-74	5	14.71	7	15.22	12	15.00
75 y mas	8	23.53	14	30.43	22	27.50
Total	34	100.00	46	100.00	80	100.00

Fuente: Historia clínica familiar y encuesta realizada.

Para caracterizar la problemática de la producción de salud tomando este referente se empleó como instrumento una encuesta que se conformó a partir las entrevistas realizadas a los adultos mayores y la toma de datos de los registros de las historias clínicas que obran en poder del médico del consultorio. La Encuesta buscó abarcar la caracterización de variables por las diversas entradas de los procesos conducentes a la producción de salud. Se entrevistó a un total de 66 persona de las 80 residentes, lo que representa el 82,5 % de la población.

Al diagnosticar la entrada referida a la alimentación se caracterizaron 16 variables, del intercambio de actividades 5 variables, en estado físico 8 variables, en bienestar mental 10 variables, en condiciones y garantías sociales 9 variables, en condiciones ambientales 7 variables, en gestión de las organizaciones sociales prestadoras de servicios 15 variables, en organizaciones sociales laborales políticas y otras de participación 7 variables, en servicios de atención a la salud humana 8 variables, en entorno socio económico y político 4 variables y en ambiente cultural y de paradigmas predominantes 4 variables, para un total de 93 variables.

Las distintas variables se trataron de caracterizar según la percepción de la persona sobre su estado para con su persona, buscando con ello alcanzar objetividad en la evaluación del

resultado alcanzado en el ámbito de la salud en este segmento, como expresión del resultado del servicio de salud en relación a la población estudiada.

Como resultado del estudio se logra caracterizar el alcance logrado en la producción del servicio de salud en nuestra población. Consideramos que como método, si bien exige del despliegue de un trabajo extenso, éste permite alcanzar un volumen de información objetiva y precisa sobre lo que se ha logrado disponer en relación a la producción de salud humana en la sociedad.

El estado de salud de una persona, en tanto resultante de la vida misma del individuo, tiene una serie de determinantes sociales que están dadas por diversos factores que van desde el logro de una vida saludable a lo largo de las distintas etapas de su desarrollo, hasta las condiciones laborales, de vivienda, de alimentación, de relaciones humanas, de normas y conductas de vida, cultura social, de la comunidad y de la familia y persona, hábitos de vida, actividad física, intelectual, desempeño familiar y una larga serie de factores influyentes como niveles de contaminación ambiental, sometimiento a condiciones estresantes y otras.

Alcanzar una salud adecuada, generalmente, se ha dejado como campo de acción de la atención de los servicios de salud pública. No obstante muchos factores de educación, normas de convivencia y protección social inciden de manera muy significativa sobre la salud humana, como también los hábitos de vida, las tradiciones, la cultura y varios más.

En los anexos que aparecen a partir del C se puede apreciar el tratamiento que a los diferentes aspectos de la salud se enfocan desde la perspectiva de la atención clínica, la que no excluye las condiciones ambientales, tanto sociales como también las referidas a los aspectos de alimentación, actividad física, seguridad social, etc.

Capitula III



Capítulo 3. La producción de salud en el adulto mayor en el municipio de Cienfuegos

En la producción de salud, como se ha señalado, participan varios procesos que interactúan a diferente escala unos con otros, propiciando como resultado de esta compleja interacción el alcance de la salud como producto final.

En el estudio desplegado con la población que abarca el consultorio N° 19 de la zona de Tulipán en el municipio de Cienfuegos se ha podido llegar a precisar el comportamiento real de las variables que se han incorporado en la investigación con el propósito de determinar sobre el proceso de producción de la salud en el segmento poblacional integrado por el adulto mayor.

3.1.- Resultados de diagnóstico de salud en el adulto mayor

Como se estableció anteriormente las principales aristas del análisis se integran en: Alimentación, Intercambio de actividades, Estado físico, Bienestar mental, Condiciones y garantías sociales, Condiciones ambientales, Servicios sociales, Organizaciones sociales de participación, Servicios de atención a la salud, Entorno socio económico y político, Ambiente cultural y paradigmas predominantes. Los resultados alcanzados que se reflejan en el Anexo B, son examinados a continuación.

Producción de salud en el ámbito de la Alimentación

Al examinar los resultados del estudio y partiendo de las recomendaciones nutricionales para los ancianos, obtendríamos que este aspecto aún se encuentra en desarrollo. Generalmente se han hecho extrapolaciones de los requerimientos del adulto, basados en los cambios que ocurren con la edad, pero si se tiene en cuenta que el anciano debe ser considerado como unidad biológica diferente, lo realizado hasta el momento no es suficiente para determinar las necesidades alimenticias de los mismos.

El 60,6 % de la población adulta mayor consume proteínas los días alternos, mientras que en los carbohidratos el 68 % lo consume a diario. En el caso de las grasas el 15 % la consume poco frecuente. Sin embargo de estas 66 personas, 47 de ellas se encuentran en un estado

físico normal, lo que representa el 71,2 % y presentan obesidad 2 personas y son delgados 17 pobladores.

La ausencia de dientes, lo que es síntoma del estado de salud física y de capacidad para la ingestión y absorción adecuada de alimentos en esta edad abunda: el 54,5 % de ellos requiere del uso de las prótesis dentarias. El consumo de café o té el 53 % lo hacen a diario, mientras que el 46,9 % son fumadores con frecuencia.

El análisis de la producción de salud en este ámbito pone de manifiesto la presencia de dificultades en la disponibilidad de una adecuada dieta balanceada diaria y las dificultades que en este momento de la vida se ponen de manifiesto referidas a los hábitos alimentarios, a la adecuada alimentación en edades previas, la atención y cuidados de la salud bucal en períodos anteriores, los hábitos de consumo de toxinas que pueden afectar en la obtención de una adecuada salud.

Producción de salud en el ámbito del Intercambio de actividades

Mantenerse activo en las relaciones sociales es uno de los argumentos que condiciona satisfacción social y personal, por lo que puede considerarse una fuente importante que tributa a una vida saludable, a pesar de haber rebasado la edad laboral oficial, si bien tal tipo de actividad no necesariamente debe realizarse de manera formalizada en un centro socialmente constituido, mantenerse en activo —cuando no están presentes limitaciones físicas, mentales o enfermedades crónicas invalidantes— reduce las posibilidades de trastornos de salud física y mental. De la población estudiada solamente el 33,3 % trabaja, el resto de ellas se encuentra jubilada o son amas de casa, esta última condición para la mujer en nuestra sociedad representa una ocupación laboral de significativas exigencias físicas y mentales, por regla general.

Respecto a las organizaciones laborales un 48,5 % de los adultos mayores plantean que del trabajo donde se jubiló la atención no ha sido buena, lo que evidencia una debilidad en el funcionamiento del sistema laboral actual y de la actividad social de organizaciones como el sindicato en la atención a los jubilados de su sector.

Producción de salud en el ámbito del Estado físico

No es frecuente la práctica de actividades de ejercicio físico dentro de la población, sin embargo se determinó que el 48,5 % de la población estudiada practican ejercicios físicos pero no de

manera frecuente, sino que algunas veces. En este sentido es importante promover la incorporación de más población a esta práctica, además de propiciar la consciencia de que la incorporación de este hábito al estilo de vida del adulto mayor deviene en una importante herramienta de mantenimiento de la salud. Lógico es que ello, a su vez, exige de una atención por expertos en el tema, en tanto que la práctica de ejercicio físico sin la adecuada regulación, dosificación de tiempos y cargas, puede provocar la aparición de afectaciones que comprometan la salud de la persona.

El estado de atención personal es de buena apariencia física para un 84,8 %, ya que en su mayoría reciben buen trato de sus familiares y vecinos.

Producción de salud en el ámbito del Bienestar mental

El 43,9 % de las personas de edad avanzada sienten soledad con frecuencia, aunque el 59 % no se siente viejo y el 56 % se siente útil.

Esta información evidencia la elevada autoestima imperante en este segmento de la población en las condiciones de nuestra sociedad que realiza ingentes esfuerzos para evitar el desamparo de la población en general y de la niñez y los adultos mayores en particular, sobre todo a través de las instituciones de atención a la salud comunitaria.

No obstante es de destacar que sólo un poco más de la mitad satisfacen este requisito, por lo que se manifiesta la insuficiencia en cuanto a la magnitud y eficacia de lo realizado hasta el momento, siendo necesario incrementar las acciones que permitan alcanzar un mayor efecto favorable de los recursos invertidos en este sentido.

Resalta que cerca de la otra mitad manifiesten sentimientos de soledad frecuente, lo que suele ser un síntoma frecuente en la persona adulta mayor cuando siente decaer sus capacidades personales y requiere de la compañía como seguro de vida cotidiana. Si consideramos que no siempre se dispone de esta posibilidad al alcance de las familias, por su dispersión o no existencia, es preciso alcanzar el despliegue de acciones que eleven el nivel de socialización útil en la comunidad entre los vecinos como son las actividades sociales, la disponibilidad de espacios, instituciones e instalaciones cercanas y accesibles que faciliten el desarrollo de un intercambio sistemático que compensen los sentimientos de soledad.

Producción de salud en el ámbito de las Condiciones y garantías sociales

La vida laboral activa de la persona es una garantía importante en el orden social de que se puede asegurar y hacer valer por si mismo. Una vez concluida la vida laboral activa el sustento individual lo es la pensión por jubilación que, al resultar inferior al salario de la vida laboral

activa le reduce las opciones a satisfacer con estos recursos, quizás en una etapa de la vida donde puede estar requiriendo de complementos importantes para alcanzar la satisfacción de sus necesidades. Al respecto se constata que el 100 % quisiera que su jubilación fuera mejor. Esto se acompaña del criterio expresado por .El 62 % de las personas de edad avanzada refieren tener una opinión de regular respecto a: la atención por programas sociales y apoyo por la asistencia social a sus necesidades.

Producción de salud en el ámbito de las Condiciones ambientales

Las condiciones ambientales tributan a la salud de manera significativa. Agua, aire y ruido suelen ser condicionantes importantes de la salud humana en la sociedad. En el caso de estudio se aprecia una valoración por sus habitantes de regular en cuanto a los temas de la seguridad y tranquilidad en el barrio, por ser caracterizado este como bullicioso en varias ocasiones.

Respecto a las condiciones ambientales el 100 % reconoce que el abastecimiento con agua potable es una vez al día, no existe el servicio de alcantarillado para el desagüe de albañales, deponiéndose éste por el 98,4 % en fosas sépticas, existen letrinas en algunas viviendas y algunos albañales corren superficialmente por los terrenos aledaños, el 75 % reside en viviendas propias y en la mayoría de los casos de placa, aunque en su totalidad carecen de las condiciones de urbanización por no existir las aceras y faltar la pavimentación en las calles.

En estas condiciones la posibilidad de mezcla y contaminación del abasto de agua a la vivienda por las aguas albañales, la contaminación del manto freático por las fosas sépticas y la exposición de aguas negras a la intemperie condiciona la presencia de fuentes de vectores de diversas enfermedades, además de la contaminación ambiental que generan. Estos elementos son condicionantes de efectos negativos en la salud de la población en general y la presencia de hábitos, costumbres y paradigmas no saludables de comportamiento entre la población.

Producción de salud en el ámbito de los Servicios sociales

Los servicios sociales suelen cargar con una importante cuota de contribución a la salud de la población, tanto por la calidad saludable con que se presten como por la contribución directa al incremento de la salud ciudadana. Si bien se reconoce que la atención del médico y enfermera de la familia es la apropiada por poco más de la mitad están presente otros factores que no se valoran del mismo modo.

El 45,5 % de los adultos mayores plantean que la atención de los trabajadores sociales es regular y solo el 4,5 % de ellos ha asistido alguna vez a casas de abuelos.

Presenta dificultades el servicio de recogida de basura, producción local de pan, servicios comunales. Si a esto se le adicionan los elementos antes referidos de deficiente urbanización que debe dificultar la accesibilidad para los adultos mayores, las condiciones de riesgo hacen aparecer las dificultades para el aseguramiento de la salud.

En las organizaciones sociales prestadoras de servicios plantean que hay que mejorar en gran medida en el transporte urbano, en garantizar una adecuada facilidad para la mejora del abasto de pan en la zona de Tulipán. También carecen de servicios de reparación de calzado.

Producción de salud en el ámbito de las Organizaciones sociales de participación

A las organizaciones sociales y de participación les corresponde el potencial de un significativo aporte a la salud. Siendo organizaciones de participación social, ellas suelen brindar oportunidades de realización personal y para la elevación de la auto estima de las personas que a ellas se incorporan. Estos constituyen importantes componentes de inspiración para disfrutar de la vida de manera saludable y aportando a la sociedad que compartimos.

En el estudio realizado se aprecia una evaluación de las organizaciones sociales como la FMC refieren que de ella no tienen apoyo de ningún tipo, expresado por 64 personas de los 66 estudiados, en relación a los CDR muchos coinciden que la atención es regular. Mientras que de la UJC reciben apoyo regular o ninguno 52, el 36 % plantea que el PCC si les brinda buena atención en ocasiones.

Una apreciación diferente se tiene de los órganos del Poder Popular que le reconocen contribución y apoyo entre bien o regular 62 de los 66 encuestados y al Consejo Popular lo reconocen 57.

En el contexto de la producción de salud aquí se empalma con el tema del sentimiento de seguridad que asiste a los habitantes del área al encontrar apoyo a la solución de sus necesidades en estas organizaciones de participación, lo que tributa tranquilidad, sentimiento de confianza y sentido de compromiso, que pondría a disposición de todos una actitud transformadora en beneficio comunitario y, por tanto, propio.

Producción de salud en el ámbito de los Servicios de atención a la salud

La atención de la salud por las organizaciones especializadas en servicios médicos suele ser un factor importante en el seguimiento y la garantía de la salud pública. Se reconoce una gestión del médico de familia satisfactoria donde la mayoría le valora de buena y poco más de la mitad la reconoce de regular, en lo que parece incidir el hecho de que son visitados con frecuencia cuando es necesario, es decir, cuando se presentan dificultades de salud.

De la población estudiada el 54,5 % padecen de hipertensión arterial, siendo esta enfermedad la más predominante, ya que la capacidad de audición y visión es normal en la mayoría de los casos.

Los servicios de atención a la salud humana son satisfactorios para la gran mayoría de las personas con 60 años y más en cuanto a servicios de farmacia, medicamentos, urgencias, vacunación y chequeos clínicos, manteniendo una buena opinión del seguimiento de la enfermera y el médico. En la orientación para la salud predomina la valoración de regular.

Producción de salud en el ámbito del Entorno socio económico y político

El 100 % posee una alta confianza en la política social del gobierno, no obstante predomina la valoración de regular sobre los programas sociales, la atención a sus necesidades y en el apoyo por la asistencia social.

Producción de salud en el ámbito del Ambiente cultural y paradigmas predominantes

El ambiente cultural, sustentado en el nivel cultural de la población, es una condicionante importante de la salud pública. Ello consiste en que como regla a mayor nivel cultural están presentes también mayores niveles de satisfacción y cuidados de salud, conductas más saludables y en general un resultado de salud personal conscientemente alcanzado más elevado en la población.

En la población estudiada resulta que solamente el 15 % posee un nivel de instrucción superior. La práctica de la lectura ocurre en el 56 % de la población estudiada, el 62 % de esta rara vez visita instituciones culturales y el 25 % realiza la práctica activa de alguna religión.

El 51,5 % no asiste a espectáculos culturales, mientras que casi todos prefieren un intercambio de actividades más pasivo como el de ver la televisión en familia.

3.2.- Principales dificultades detectadas en la producción de salud

De los ámbitos de análisis sometidos a estudio se ha podido comprobar que las condiciones de producción de salud en cada uno de ellos presenta importantes reservas en la contribución a una vida saludable de la población.

Se aprecia en relación a la alimentación que de las 16 variables caracterizadas excepto 5 que presentan situaciones favorables (consumo de vitaminas en tabletas, de frutas, leche y las

dificultades de estreñimiento e indigestiones) las demás variables presentan comportamientos no satisfactorios.

En relación al intercambio de actividades la realización de ejercicios físicos y la asistencia a espectáculos culturales son las variables con más dificultades.

En relación al estado físico se aprecia que hay elevada incidencia de enfermedades crónicas — fundamentalmente la hipertensión arterial—, poco ejercicio físico, deficiencias de visión y uso de prótesis correctoras, como aspectos en los que mayor dificultad se presenta.

El bienestar mental se encuentra afectado por la presencia de dolores frecuentes, regular dormir, la ingestión de medicamentos para los nervios, sentimiento de soledad y, en menor medida, el trato por la familia es regular.

En relación a las condiciones y garantías sociales se destaca dificultad en la satisfacción con el monto de las jubilaciones, regular apreciación sobre la atención de los trabajadores sociales, las visitas de médico de familia, seguridad y nivel de ruido en el barrio, destacándose que no hay participación en los círculos de abuelos.

En relación a las condiciones ambientales la principal dificultad se aprecia en las malas condiciones de urbanización y de regular es evaluado el abasto de agua potable y la deposición de aguas albañales y negras.

En relación a las organizaciones sociales prestadoras de servicios las principales dificultades se aprecian en la no disponibilidad de servicios como de panadería, reparación de calzado y servicios de rehabilitación física, destacan de regular el transporte urbano, la reparación de electrodomésticos, el comercio de víveres y los servicios comunales.

En cuanto a las organizaciones de participación se pone de manifiesto que no existe una estrategia integral de atención al adulto mayor. Las organizaciones como FMC y CDR se evalúan de mal y regular en este aspecto, la UJC y la CTC son evaluadas de mal y el PCC se comparte entre regular y mal las evaluaciones.

Los servicios de atención a la salud humana presentan un balance más favorable en la percepción de los adultos mayores, donde solo se evalúa de regular la accesibilidad al policlínico y los chequeos clínicos.

En el entorno socio económico y político existe una percepción de regular en cuanto a los programas sociales, atención a sus necesidades y apoyo de la asistencia social.

En el orden del ambiente cultural y de los paradigmas predominantes se destaca con baja frecuencia la participación en instituciones culturales y la práctica de alguna religión, evaluándose de medio el nivel cultural y la práctica de la lectura.

3.3.- Reflexiones sobre alternativas de solución a los problemas detectados

Al destacar el detalle de en qué aspectos se encuentran las principales dificultades en cuanto a los servicios proporcionadores de salud en el segmento de población del adulto mayor se pone de manifiesto la incidencia de una serie de elementos que se asocian al deficiente funcionamiento de diversas organizaciones sociales, a la baja calidad de los servicios que se prestan, la presencia de determinados hábitos o tradiciones de la vida de la población estudiada y también la ausencia de recursos importantes relacionados con condiciones infraestructurales de hábitat.

En los términos de acciones correctoras se evidencia la necesidad de enfrentar el análisis del problema con la visión puesta en la conformación de la cadena de valor de los servicios que aseguran la producción de una vida saludable, pues se manifiesta la ruptura en varios puntos de esta cadena de producción de servicios que afectan, consecuentemente, el resultado final, dada la integralidad del mismo.

Surge la interrogante: ¿cómo enfrentar la solución de estas dificultades?

El primer momento a examinar en relación a los problemas que se han puesto de manifiesto es la necesidad de introducir una transformación en el modo de abordar el tema de la producción de salud en la población.

La salud no se determina en el momento en que se presentan determinados desequilibrios o afecciones: es la resultante de toda una vida y de las condiciones en que ella se ha ido forjando. Sobre la salud de la persona no solo inciden los servicios del sistema denominado como salud pública, sino todo lo que tiene que ver con la vida biológica y social del individuo, como se enfoca en la exposición del sistema de salud antes expuesto y que se puede examinar a través de los ámbitos precisados en el presente estudio.

El enfoque de la cadena del valor permite disponer de un procedimiento apropiado para poder entrar a analizar cada uno de los componentes, como cadenas de valor específicas pero interconectadas, en el proceso complejo de producción del servicio de salud.

Siguiendo el enfoque de la cadena del valor podemos percatarnos cómo, por ejemplo, la calidad de la construcción de elementos de infraestructura vial, urbanización, acueductos, alcantarillados, sistemas de alumbrado público, etc., son proporcionadores del producto salud, como también lo son la disciplina social, la garantía de seguridad pública, la transportación y accesibilidad a la localidad, a las viviendas y su calidad constructiva, en fin, todas aquellas 93 variables analizadas y que no son elementos dispersos, sino componentes que en su interacción e integralidad, evidencian su contribución a un propósito común: la salud, aunque por su característica particular, cada uno puede aparecer y realizarse con un propósito diferente a este común.

A modo de ilustración pudiera considerarse que la adecuada pavimentación de las vías responde a propósitos de transporte urbano, público y privado, asegurando con ello confort vial. Sin embargo, al asegurar accesibilidad a la localidad, un paisaje urbano más propicio para la vida, la ausencia de polvo que es contaminante del ambiente, la seguridad en el movimiento de la población adulta que confronta más dificultades para su traslado, la velocidad con que puede alcanzar una respuesta ante una emergencia de salud y otra serie de factores asociados. Por lo tanto, esta interrelación real y objetiva existente, no es consciente por parte de quienes en diversos momentos trabajan desde la proyección hasta la ejecución de un acceso vial. Desde el punto de vista de la producción del servicio de salud son tan trabajadores de la producción de salud como lo son también los médicos, los trabajadores de la esfera de saneamiento, los epidemiólogos, y otros más.

Un segundo momento a considerar está en el tema de la educación para la salud. Esta no puede verse de manera restringida a los aspectos directamente asociados a la higiene personal, familiar o al comportamiento de las relaciones de pareja, etc. Importante es en la educación para la salud la disciplina social: la preservación de un ambiente sano desde el punto de vista de los niveles de ruido, la correcta forma de tratar a los conciudadanos, tanto en el apoyo al necesitado, como en la cortesía, el respeto, la amabilidad, el adecuado empleo del idioma, no recurrir a insultos, groserías, agresiones verbales, y una larga serie de manifestaciones de insuficiente cultura en el trato humano. Todo ello puede contribuir a una adecuada salud mental, tranquilidad ciudadana, lo que hace importantes contribuciones a la salud humana.

Un tercer momento, y no menos importante, es la concepción sobre la calidad e integralidad de los servicios que se prestan a la población, los cuales contribuyen directamente a la salud humana en la medida en que incrementen el nivel de satisfacción de los ciudadanos. En esta categoría entran todos y cada uno de los diversos servicios que se requieren para disfrutar de una vida confortable, y en relación a cada uno de ellos están desde la concepción del servicio hasta la facilidad de acceso al mismo, la puntualidad y oportunidad en su prestación. Una cultura de servicio que parta de la filosofía de que se realiza con ello una contribución al propio bienestar de quien lo brinda y que su prestación es una obligación para quien lo ofrece o produce, es necesario hacerla parte de la conciencia de cada persona.

Como se puede apreciar, un importante campo a desplegar acciones está en la conformación de programas de educación ciudadana, como parte integrante de la educación para la salud, de formación para la actividad laboral, de preparación para la vida en los escolares, de gestión de cambio entre los vecinos, de capacitación para la vida cotidiana entre los miembros de diversas organizaciones sociales, civiles, políticas, de masas, etc. El aspecto educativo y de formación de hábitos y conductas adecuadas dentro de la población en general, de los consumidores y prestadores de servicios y de los trabajadores de la producción y distribución de bienes, tanto para la actividad específica que despliegan como en la educación para la salud pública en su concepto amplio y extendido, es una dirección decisiva.

Lo decisivo está dado porque, al conformar conocimiento capaz de generar en la persona capacidad de análisis y prepararle para la formación de convicciones sobre la actuación personal y social grupal, lo lleva a enfrentar con un mayor nivel de convicciones el

perfeccionamiento propio y del entorno social para asegurar conscientemente la elevación de la salud personal, colectiva y social en general. Al propio tiempo convertirá a cada miembro de la sociedad en un actor activo por la elevación de los niveles de salud. Todo ello entra en el proceso de la producción del servicio de salud, al cual cada quien contribuye con su actuación, conducta y hábitos de vida.

3.4.- La cadena de valor en la producción de salud

En la investigación realizada ha quedado evidenciado que al menos los once ámbitos estudiados en los que se agrupan diversos procesos proporcionadores del servicio de salud en el adulto mayor, conforman un sistema donde ellos están entrelazados en el propósito final al que contribuyen: la salud humana.

El análisis de cada uno puede ofrecernos, con ayuda del enfoque de la cadena del valor, una información muy rica sobre dónde se encuentran las reservas para la elevación de los rendimientos de los recursos comprometidos en la producción del bien o servicio, así como nos pone de manifiesto otros innumerables momentos de convergencia, coincidencias o divergencias. Pero lo que si queda demostrado es que cada uno de los diversos procesos que aparecen reflejados en las 93 variables caracterizadas, constituyen importantes eslabones en el proceso más general, integrador y abarcador que es la producción del servicio de salud humana.

El procedimiento del estudio de la cadena del valor para cada uno de los 93 aspectos destacados rebasa la posibilidad de una investigación pionera como la presente dentro de esta temática, no obstante consideramos que aquí se alcanza una aplicación novedosa del procedimiento para un contexto muy específico como es la producción del servicio de salud y, quizás lo más importante, nos permite apreciar de una forma objetiva, que la contribución a la producción del servicio de salud no es función privativa del sistema oficial de salud pública.

Al recurrir al procedimiento de la cadena del valor para revelar las interacciones y concatenación de un sistema tan complejo de procesos como los examinados en la producción de salud se impone la necesidad de realizar algunas reflexiones finales respecto al enfoque de la cadena del valor.

El análisis de la cadena del valor surge como una necesidad de estudiar las características de la producción industrial en un contexto cada vez más competitivo, donde se impone la necesidad vital de reducir costos, elevar rendimientos, productividad del trabajo, reducir costos de transacción, integrar procesos productivos, elevar diseños de procesos a niveles cada vez más avanzados, compartir y cooperar en la gestión productiva como recursos que generen el incremento de ventajas competitivas para las empresas poder asegurarse no sólo su supervivencia en ese complejo contexto de voracidad mercantil, sino garantizar su crecimiento continuo y acceder a posiciones de liderazgo que reduzcan su incertidumbre hacia el futuro.

Al traer el procedimiento o enfoque de análisis de cadena del valor a un contexto tan distinto y con propósitos tan diferentes como es el análisis del proceso de producción del servicio de salud el mismo no pierde cualidades, sino que refleja el alto potencial analítico y de proyección para la solución de disfunciones del sistema social de producción de bienes y servicios, manifestando su posibilidad de adecuación a las condiciones de una sociedad donde no prevalece la supervivencia de un negocio en competencia voraz con otros, sino que se requiere racionalizar cada vez más el empleo de recursos y conducir conscientemente los procesos que inciden en el devenir de la sociedad de la construcción del socialismo.

Conclusiones



Conclusiones

La investigación de la cadena del valor en la producción de salud para el segmento de la tercera edad con un enfoque integral nos ha permitido sustentar un enfoque desde las ciencias económicas del ámbito de la salud que no ha estado presente en estudios previos sobre economía de la salud. Este enfoque del proceso de producción del servicio de salud se adecua mejor al estudio de este proceso en las condiciones de la construcción del socialismo en nuestra sociedad y pone de manifiesto una herramienta analítica de elevada potencia para examinar el complejo proceso de la producción del servicio de salud y sus interdependencias con otros ámbitos de la vida social.

El estudio de la cadena del valor en la producción de salud en nuestra experiencia ha permitido determinar la existencia, al menos, de 11 ámbitos incidentes en la producción de una vida humana saludable y, al menos, 93 variables implicadas. Si bien el procedimiento puede ser ampliado en cada caso, con el examen detallado de cada uno de los procesos participantes en la producción del bien o servicio contribuyente, lo que ampliaría significativamente el volumen de variables involucradas.

La producción de salud es la resultante de un sistema de interacciones que pueden ser estudiadas como momentos de un complejo y multidimensional proceso de producción. De tal manera, la producción del servicio de salud en nuestra sociedad es preciso analizarlo como un resultado transdisciplinar que atraviesa múltiples procesos especializados que alcanzan parcialmente cada uno de ellos, resultados determinantes de la salud humana.

La producción de salud en nuestra sociedad está estrechamente vinculada a la acción transformadora consciente de los hombres, por lo que en ella tienen una elevada incidencia los procesos conscientes de transformación humana y social de los individuos en su interacción con el medio natural y con los demás individuos sociales.

La presencia de disfunciones en las interrelaciones dentro del complejo proceso de producción de la salud humana evidencia las potencialidades de elevación de la calidad de vida presentes en nuestra sociedad a partir de un actuar consciente en función de incrementar la eficiencia y racionalidad en el empleo de las posibilidades de recursos y organización de la gestión social.

Recomendaciones



Recomendaciones

Acudir al enfoque de la cadena del valor en el análisis del proceso de producción de salud humana en sucesivas precisiones sobre cada uno de los procesos incidentes y que se relacionan con las 93 variables caracterizadas.

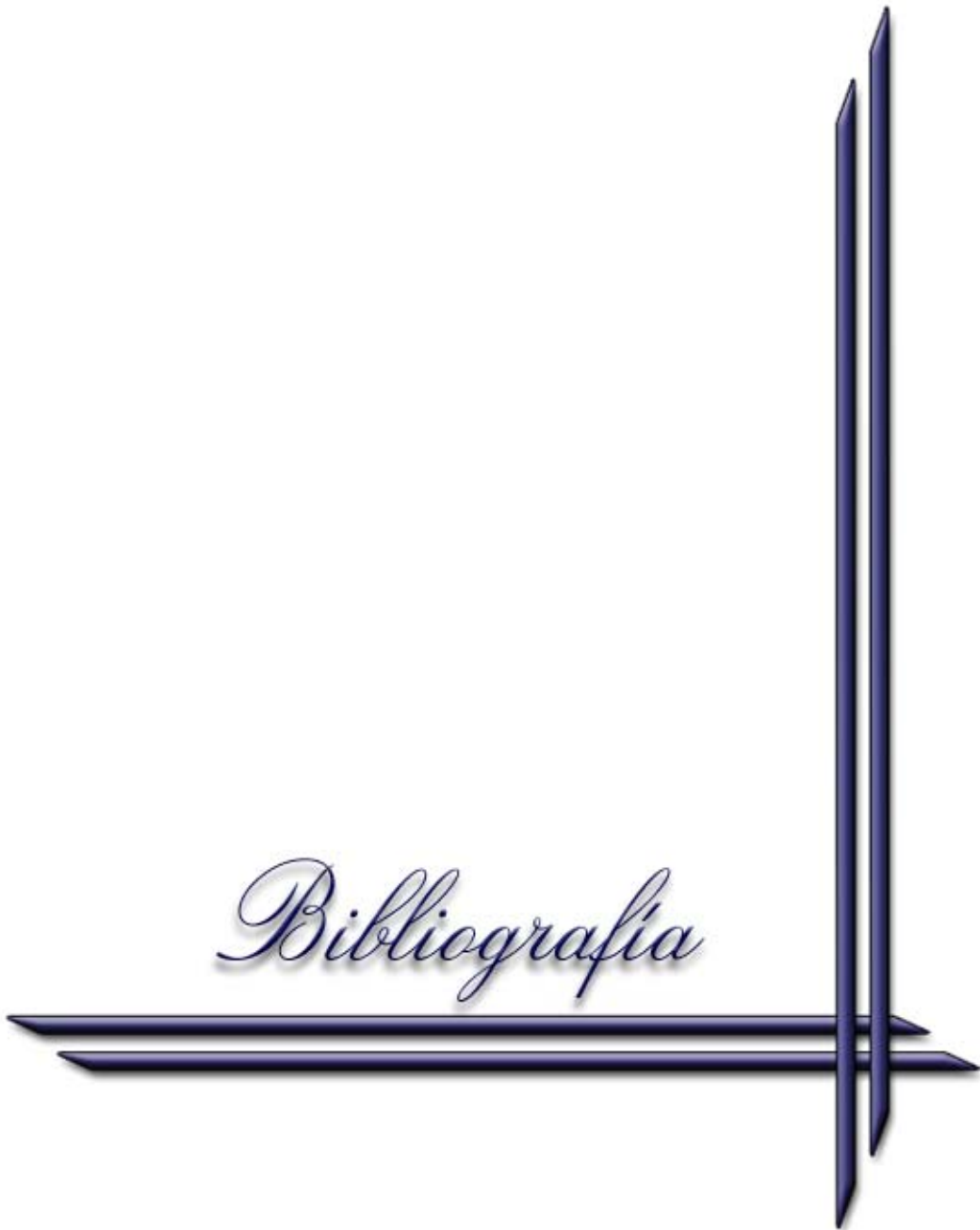
Desplegar investigaciones que permitan cuantificar con mayor precisión el aporte de cada uno de los procesos implicados en la producción del servicio de salud humana, con lo que se estará en condiciones de ordenar prioridades y tomar decisiones para la determinación del uso de los recursos escasos en la sociedad.

El análisis transdisciplinar de la producción del servicio de salud debe ser considerado como una herramienta de trabajo cotidiano en el tratamiento que se le de a la evaluación de los problemas asociados a la salud humana en cualquier contexto: económico, clínico, gestión de gobierno, toma de decisiones y en la capacitación de funcionarios vinculados a la evaluación, planeación y toma de decisiones referentes a la salud humana.

Debe tenerse presente los resultados de la presente investigación a los efectos de desplegar acciones en el plano de la educación de salud, de modo que atravesase los programas educativos del sistema nacional de educación, a la capacitación laboral en cualquier nivel de su organización (obreros, técnicos, directivos, y otros), así como en función de alcanzar la elevación de la educación social de la población en general.

Las estructuras existentes en la sociedad nuestra como son las organizaciones de masas, sociales, profesionales y políticas, pueden hacer una contribución muy significativa en la elevación de los niveles de salud incidiendo en la concientización de cada individuo social sobre su potencial aporte a la elevación de la salud social, de la comunidad, de la familia y propia, con la asimilación de hábitos y conductas saludables.

Bibliografia



Bibliografía

Constitution of the world health organization.

. (1948).

¿Qué significa calidad de vida? Recuperado Agosto 26, 2008, a partir de:

<http://www.ua-cc.org/educacion2.jsp>.

Cinco capas de necesidades humanas. Descripción de la jerarquía de necesidades de Maslow

. Recuperado a partir de http://www.manage.com/index_es.html.

Evaluación de la calidad de vida. ¿Por qué calidad de vida? (1996)., *Foro Mundial de la Salud*, OMS, .

Patrick DL. & Erickson P. (1988). What constitutes quality of life? concepts and dimensions.

, Pag.53-63. Clínica Nutricional. .

Pattanaik P. (2007, Julio 13). Indicadores culturales del bienestar: algunas cuestiones conceptuales . Recuperado a partir de

<http://www.crim.unam.mx/cultura/informe/cap19.htm> .

Porter, Michael E. (1985). Competitive advantage: creating and sustaining superior performance. the free press

. New York, NY.

Alfonso Fraga. (2002). "Redes de apoyo y calidad de vida."

. Santiago de Chile.

Calidad de vida.

. (2005, Noviembre 14). *Wikipedia, la enciclopedia libre*. Recuperado a partir de http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Calidad_de_vida&printable=yes.

Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, & Pereira Candel J. (2001). *Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural.* , Pag.789 – 796. Medicina Clínica Barcelona.

Arostegui, I. (1998). Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del país vasco. . Universidad de Deusto. .

Álvarez Sintés, Roberto (2001). Temas de Medicina General Integral. Volumen 1. La Habana (Cuba)

Cepal manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez . (2006).

Chaviano Quesada, Juan. (2008). Estrategias para mejorar la calidad de vida de la población del centro histórico urbano de Cienfuegos en el contexto del programa de desarrollo humano local. , Pág. 3. Ciudad de La Habana.

Delgado Bravo, M. T. (1998). *“Propuesta de medición de la calidad de vida urbana como objetivo de planificación y gestión local”*. Tandil (Argentina).

Gómez-Vela María, & Sabeh, Eliana N. (2008, Febrero 11). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. . Recuperado a partir de <http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>.

Grushka, C. O. (2003). Seguridad económica en la vejez.

Guzmán, J. M., & R. Hakkert. (2001). “Some social and economic impacts of the ageing process in latin american countries”
En. Salvador, Brasil.

Guzmán, J. M., S. Huenchuan, & V Montes de Oca Zavala. (2003). “Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual”
. Notas de Población N° 77 .

Ham Chande, R. (2003). "Esperanzas de vida y expectativas de salud"
. Tijuana (México).

Huenchuan, S. (2006). "Pobreza y redes de apoyo social en la vejez. Acercamiento desde las
diferencias de género".
. México, D. F.: Revista de Trabajo Social.

La situación de las personas mayores.
En. Santiago de Chile.

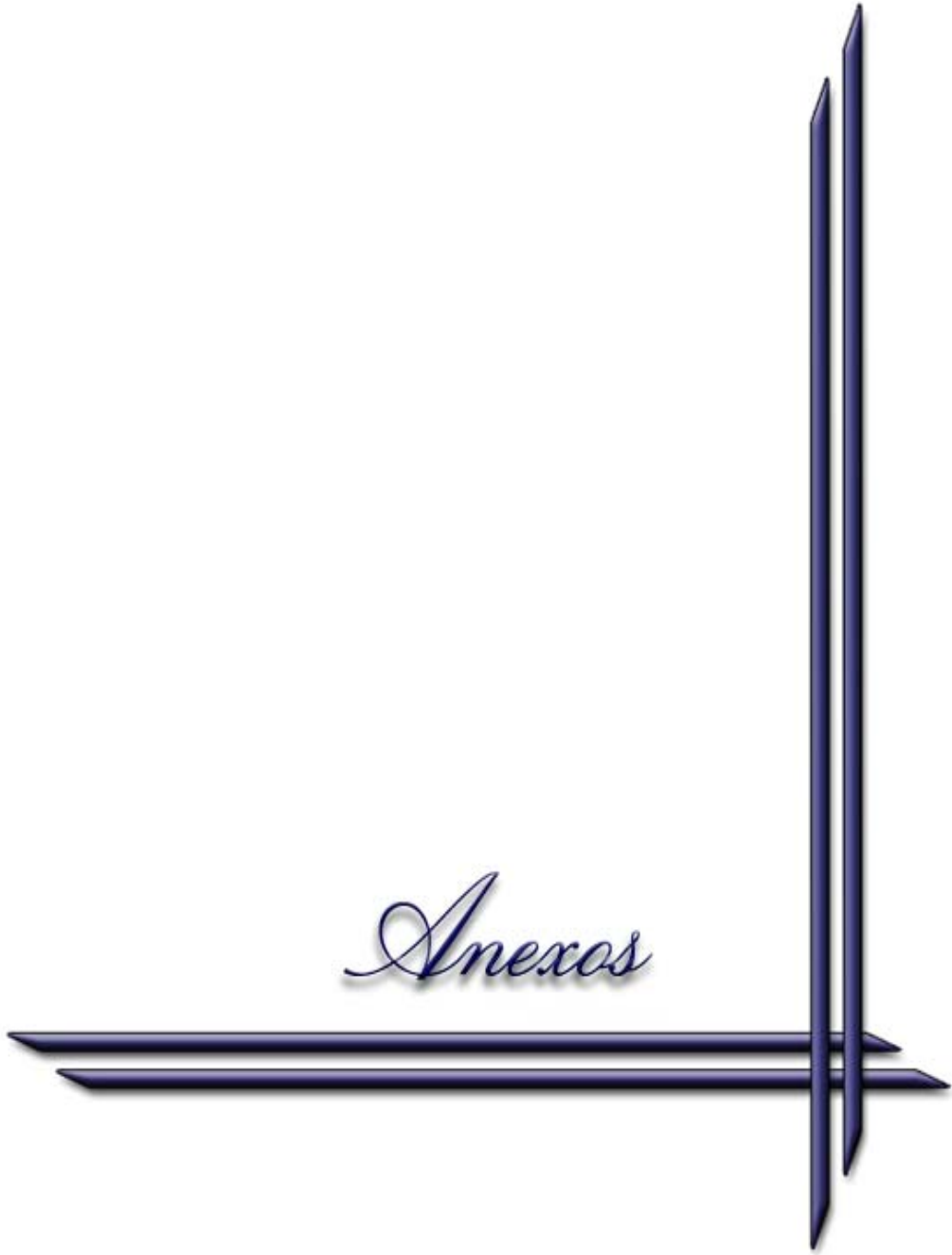
Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las
políticas.
. En. Santiago de Chile.

Moons P, De Geest S., & Budas W. (2006). *Critique on the conceptualization of quality of life:
a review and evaluation of different conceptual approaches.* , Pag.891-901. International
Journal of Nursing Studies.

Peláez, M. (2005). *"Atención integral en salud para las personas adultas mayores"*. . Buenos
Aires.

Velarde Jurado E., & Ávila Figueroa C. (2002). *Evaluación de la calidad de vida salud pública
de México.*, vol.44. México.

Anexas



Anexo A. Encuesta

Universidad de Cienfuegos Carlos Rafael Rodríguez
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Departamento de Estudios Económicos
Carrera de Licenciatura en Economía

Como parte de los estudios sobre la problemática del Desarrollo Socio Económico Local y dentro de la temática de la Economía de la Salud, se investiga la salud en el adulto mayor en el municipio de Cienfuegos, tomando como referencia para el pilotaje el área de un Consultorio Médico en la zona de Tulipán. A este segmento está dirigida la siguiente encuesta con el propósito de levantar información relevante que facilite la conformación del Trabajo de Diploma.

GUÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

A.- Alimentación

- 1.- Consumo de proteínas: diario (A); días alternos (M); poco frecuente (B)
- 2.- Consumo de carbohidratos: diario (A); días alternos (M); poco frecuente (B)
- 3.- Grasa (frito, chicharrones, mantequilla...): diario (A); días alternos (M); poco frecuente (B)
- 4.- Variedad de platos: diario (A); días alternos (M); poco frecuente (B)
- 5.- Vegetarles: diario (A); días alternos (M); poco frecuente (B)
- 6.- Vitaminas (en tabletas): diario (A); días alternos (M); poco frecuente (B)
- 7.- Presencia de obesidad: Obeso (O); Normal (N); Flaco (F)
- 8.- Toma de Agua: 4 litros al día (A); 3-2 litros al día (M); menos de 2 litros al día (B)
- 9.- Dentadura: dientes propios (A); prótesis (M); sin dientes (B)
- 10.- Come frutas; diario (A); días alternos (M); poco frecuente (B)
- 11.- Toma café o te: diario (A); días alternos (M); poco frecuente (B)
- 12.- Consumo de leche o derivados: diario (A); días alternos (M); poco frecuente (B)
- 13.- Indigestiones: frecuentes (A); alguna vez (M); nunca (B)
- 14.- Estreñimiento: frecuentes (A); alguna vez (M); nunca (B)
- 15.- Bebidas alcohólicas: frecuentes (A); alguna vez (M); nunca (B)
- 16.- Fuma: frecuentemente (A); alguna vez (M); nunca (B)

B.- Intercambio de actividades

- 17.- Realiza algún trabajo habitualmente, ¿cuál? _____
- 18.- Encuentros habituales con vecinos o amigos: frecuentes (A); alguna vez (M); nunca (B)
- 19.- Ejercicios físicos en grupo: frecuentes (A); alguna vez (M); nunca (B)
- 20.- Asiste a espectáculos culturales: frecuentes (A); alguna vez (M); nunca (B)
- 21.- Ve televisión en familia: frecuentes (A); alguna vez (M); nunca (B)

C.- Estado físico

- 22.- Estatura: _____ m

- 23.- Peso: _____ kg
24.- Practica ejercicios físicos: frecuentes (A); alguna vez (M); nunca (B)
25.- Enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, asma...): _____
26.- Realiza caminatas: frecuentes (A); alguna vez (M); nunca (B)
27.- Capacidad de audición: normal (A); regular (M); mala (B)
28.- Capacidad de visión: normal (A); regular (M); mala (B)
29.- Uso de prótesis correctoras: Si (S); No (N)

D.- Bienestar mental

- 30.- Presencia de dolores: frecuentes (A); alguna vez (M); nunca (B)
31.- Descanso en el sueño: Bien (A); Regular (M); Mal (B)
32.- Toma medicamento para nervios o dormir: frecuentes (A); alguna vez (M); nunca (B)
33.- Siente soledad: frecuente (A); algunas veces (M); nunca (B)
34.- Se siente viejo: frecuentemente (A); alguna vez (M); nunca (B)
35.- Se siente útil (a la familia, a vecinos...): frecuentemente (A); algunas veces (M); nunca (B)
36.- El trato que recibe en su familia: bueno (A); regular (M); quisiera que fuera mejor (B)
37.- El trato que recibe de vecinos: bueno (A); regular (M); quisiera que fuera mejor (B)
38.- Estado de atención personal: buena apariencia (A); suciedad en la ropa (M); palidez y sequedad en los labios (B)
39.- Tiene temores o preocupaciones: muchas (A); algunas (M); ninguna (B)

E.- Condiciones y garantías sociales

- 40.- La jubilación le alcanza: bien (A); regular (M); quisiera que fuera mejor (B)
41.- Atención de los trabajadores sociales: bien (A); regular (M); quisiera que fuera mejor (B)
42.- Apoyo familiar: bien (A); regular (M); quisiera que fuera mejor (B)
43.- Apoyo de vecinos: bien (A); regular (M); quisiera que fuera mejor (B)
44.- Círculo de abuelos: frecuente (A); algunas veces (M); nunca (B)
45.- Visitas del médico de familia: frecuente (A); algunas veces (M); nunca (B)
46.- Visitas de grupos religiosos: frecuente (A); algunas veces (M); nunca (B)
47.- Seguridad y tranquilidad en el barrio: seguro (A); regular (M); mala (B)
48.- Nivel de ruido o bullas en el barrio: bullicioso (A); normal (M); callado (B)

F.- Condiciones ambientales

- 49.- Abastecimiento con agua potable: permanente (A); una vez al día (M); menos (B)
50.- Desagüe de desechos: a alcantarillado (A); fosa séptica (M); letrina (B)
51.- Vivienda: propia (A); de hijos (M); de otra familia (B)
52.- Accesibilidad al barrio: buena (A); regular (M); mala (B)
53.- Pavimentación: buena (A); regular (M); mala (B)
54.- Aceras: buena (A); regular (M); mala (B)
55.- Vivienda: placa (A); mampostería y tejas (M); madera (B)

G.- Gestión de las organizaciones sociales prestadoras de servicios

- 56.- Atención por el médico de familia: buena (A); regular (M); mala (B)
57.- Atención de los trabajadores sociales: buena (A); regular (M); mala (B)
58.- Círculo de abuelos: buena (A); regular (M); mala (B)
59.- Recogida de la basura en el barrio: buena (A); regular (M); mala (B)

- 60.- Transporte urbano: buena (A); regular (M); mala (B)
- 61.- Servicios de reparación de equipos domésticos: buena (A); regular (M); mala (B)
- 62.- Reparación de calzado: buena (A); regular (M); mala (B)
- 63.- Comercio de víveres: buena (A); regular (M); mala (B)
- 64.- Carnicería: buena (A); regular (M); mala (B)
- 65.- Pescadería: buena (A); regular (M); mala (B)
- 66.- Panadería: buena (A); regular (M); mala (B)
- 67.- Placitas: buena (A); regular (M); mala (B)
- 68.- Servicios de rehabilitación física: buena (A); regular (M); mala (B)
- 69.- Policlínico: buena (A); regular (M); mala (B)
- 70.- Servicios comunales: buena (A); regular (M); mala (B)

H.- Organizaciones sociales, laborales, políticas y otras de participación

Atención que recibe el adulto mayor, deferencias o apoyo por parte de organizaciones como:

- 71.- CDR: buena (A); regular (M); mala (B)
- 72.- FMC: buena (A); regular (M); mala (B)
- 73.- Delegado del Poder Popular: buena (A); regular (M); mala (B)
- 74.- Consejo Popular: buena (A); regular (M); mala (B)
- 75.- PCC: buena (A); regular (M); mala (B)
- 76.- UJC: buena (A); regular (M); mala (B)
- 77.- CTC (del trabajo de donde se jubiló): buena (A); regular (M); mala (B)

I.- Servicios de atención a la salud humana

- 78.- Seguimiento de médico y/o enfermera: buena (A); regular (M); mala (B)
- 79.- Accesibilidad al policlínico: buena (A); regular (M); mala (B)
- 80.- Servicio de medicamentos: buena (A); regular (M); mala (B)
- 81.- Servicio de farmacia: buena (A); regular (M); mala (B)
- 82.- Atención de urgencias (ambulancia...): buena (A); regular (M); mala (B)
- 83.- Vacunación: buena (A); regular (M); mala (B)
- 84.- Chequeos clínicos: buena (A); regular (M); mala (B)
- 85.- Orientación o educación de salud: buena (A); regular (M); mala (B)

J.- Entorno socio económico y político

- 86.- Atención por programas sociales: buena (A); regular (M); mala (B)
- 87.- Atención a sus necesidades por la sociedad: buena (A); regular (M); mala (B)
- 88.- Apoyo por la asistencia social: buena (A); regular (M); mala (B)
- 89.- Confianza en la política social del gobierno: alta (A); mediana (M); baja (B)

K.- Ambiente cultural y de paradigmas predominantes.

- 90.- Nivel de instrucción que posee: Superior (A); Media (M); Primaria (B)
- 91.- Visita a instituciones culturales (cine, biblioteca, museos, teatros, salones de baile, presentaciones culturales...): frecuentemente (A); algunas veces (M); rara vez (B)
- 92.- Práctica de la lectura: frecuentemente (A); algunas veces (M); rara vez (B)
- 93.- Práctica activa de alguna religión: frecuentemente (A); algunas veces (M); rara vez (B)

Anexo B. Resultados de la Guía de Recolección de Información

Estadísticos

		Prot.	Carb.	Grasa	Platos	Veget.	Vitam.	Obes	Agua	Dentad	frutas	café o te	Leche	Indigest.	Estreñim.
N	Válidos	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		2,39	1,39	1,70	2,14	2,03	1,83	2,23	1,88	1,85	1,73	1,68	1,73	2,12	2,41
Mediana		2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3

alcohol	Fuma	Trabaj.	Encuent.	Ejerc.	Espect.	Telev.	Estat.	Peso	Ejerc.	Enferm.	Caminatas	Audición	Visión	Prótesis
66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2,27	1,85	1,82	1,61	2,35	2,42	1,35	1,77	1,62	2,08	1,65	1,95	1,61	2,02	1,50
2	2	2	1	2	3	1	2	1,5	2	1	2	1,5	2	1

T.

dolor	sue	medic	S.sol	S.viejo	S.útil	T. familia	T. vecinos	A. personal	T. temores	A.jub	A.trab.soc	A. fam
66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1,73	1,76	2,33	2,02	2,47	1,59	1,62	1,64	1,15	1,48	2,23	2,30	1,50
2	2	2	2	3	1	2	2	1	1	2	2	1

A. vec	Cír, A	V. MF	V. GR	Segurid.	Ruidos	Vivien.	A. bar	Pavim.	Aceras	Vivien.	A.MF	A.TS	Cir. A
66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1,73	2,95	1,88	2,62	2,38	1,61	1,30	1,20	3,00	3,00	1,47	1,48	2,33	2,92
2	3	2	3	2	2	1	1	3	3	1	1	2	3

R.de Bas	T.urb	Serv.Rep	R. calz	Comerc	Carnic	Pescad	Panad	Placit	S.RF	Polic	S.Com	CDR	FMC	Deleg	Cons. P
66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1,55	3,00	1,79	3,00	1,58	1,00	2,50	3,00	1,15	2,14	1,47	2,05	2,14	2,97	1,52	1,58
1	3	2	3	2	1	2,5	3	1	2	1	2	2	3	1	1

CTC	S. Med	Serv. A.pol	M	Serv.F	A. Urg	Vac	Cheq	Orientac	A.PS	A.a nec	A. soc	Pol. Soc	Niv. Inst	V.inst	P. lec	P. relig
66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2,33	1,45	1,86	1,33	1,41	1,00	1,03	1,59	1,70	2,26	2,39	1,98	1,00	2,27	2,62	2,44	2,14
2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2

Tabla de frecuencia

Consumo de proteínas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	días alternos (M)	40	60,6	60,6	60,6
	poco frecuente (B)	26	39,4	39,4	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Consumo de carbohidratos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	diario (A)	45	68,2	68,2	68,2
	días alternos (M)	16	24,2	24,2	92,4
	poco frecuente (B)	5	7,6	7,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Grasa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	diario (A)	30	45,5	45,5	45,5
	días alternos (M)	26	39,4	39,4	84,8
	poco frecuente (B)	10	15,2	15,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Variedad de platos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	diario (A)	17	25,8	25,8	25,8
	días alternos (M)	23	34,8	34,8	60,6
	poco frecuente (B)	26	39,4	39,4	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Vegetales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos diario (A)	18	27,3	27,3	27,3
días alternos (M)	28	42,4	42,4	69,7
poco frecuente (B)	20	30,3	30,3	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Vitaminas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos diario (A)	28	42,4	42,4	42,4
días alternos (M)	21	31,8	31,8	74,2
poco frecuente (B)	17	25,8	25,8	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Presencia de obesidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos obeso (O)	2	3,0	3,0	3,0
normal (N)	47	71,2	71,2	74,2
normal (N)	17	25,8	25,8	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Toma de Agua

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 4 litros al día (A)	24	36,4	36,4	36,4
3 0 2 litros al día (M)	26	39,4	39,4	75,8
menos de 2 litros al día (B)	16	24,2	24,2	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Dentadura:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos dientes propios (A)	20	30,3	30,3	30,3
prótesis (M)	36	54,5	54,5	84,8
sin dientes (B)	10	15,2	15,2	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Come frutas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos diario (A)	30	45,5	45,5	45,5
días alternos (M)	24	36,4	36,4	81,8
poco frecuente (B)	12	18,2	18,2	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Toma café o te

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos diario (A)	35	53,0	53,0	53,0
días alternos (M)	17	25,8	25,8	78,8
poco frecuente (B)	14	21,2	21,2	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Consumo de leche o derivados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos diario (A)	29	43,9	43,9	43,9
días alternos (M)	26	39,4	39,4	83,3
poco frecuente (B)	11	16,7	16,7	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Indigestiones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos frecuentes (A)	19	28,8	28,8	28,8
alguna vez (M)	20	30,3	30,3	59,1
nunca (B)	27	40,9	40,9	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Estreñimiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos frecuentes (A)	7	10,6	10,6	10,6
alguna vez (M)	25	37,9	37,9	48,5
nunca (B)	34	51,5	51,5	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Bebidas alcohólicas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
frecuentes (A)	11	16,7	16,7	16,7
alguna vez (M)	26	39,4	39,4	56,1
nunca (B)	29	43,9	43,9	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Fuma

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
frecuentes (A)	31	47,0	47,0	47,0
alguna vez (M)	14	21,2	21,2	68,2
nunca (B)	21	31,8	31,8	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Realiza algún trabajo habitualmente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
jubilado (A)	28	42,4	42,4	42,4
ama de casa (M)	22	33,3	33,3	75,8
trabajador (B)	16	24,2	24,2	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Encuentros habituales con vecinos o amigos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
frecuentes (A)	35	53,0	53,0	53,0
alguna vez (M)	22	33,3	33,3	86,4
nunca (B)	9	13,6	13,6	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Ejercicios físicos en grupo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
frecuentes (A)	9	13,6	13,6	13,6
alguna vez (M)	25	37,9	37,9	51,5
nunca (B)	32	48,5	48,5	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Asiste a espectáculos culturales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	frecuentes (A)	6	9,1	9,1	9,1
	alguna vez (M)	26	39,4	39,4	48,5
	nunca (B)	34	51,5	51,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Ve televisión en familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	frecuentes (A)	47	71,2	71,2	71,2
	alguna vez (M)	15	22,7	22,7	93,9
	nunca (B)	4	6,1	6,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Estatura

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1.60 a 1.69 (A)	28	42,4	42,4	42,4
	1.48 a 1.59 (M)	25	37,9	37,9	80,3
	1.70 a 1.80 (B)	13	19,7	19,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Peso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	60 a 69 (A)	33	50,0	50,0	50,0
	43 a 59 (M)	25	37,9	37,9	87,9
	70 a 85 (B)	8	12,1	12,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Practica ejercicios físicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	frecuentes (A)	18	27,3	27,3	27,3
	alguna vez (M)	25	37,9	37,9	65,2
	nunca (B)	23	34,8	34,8	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Enfermedad crónica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	hipertensión (A)	36	54,5	54,5	54,5
	ninguna(M)	17	25,8	25,8	80,3
	otras (B)	13	19,7	19,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Realiza caminatas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	frecuentes (A)	20	30,3	30,3	30,3
	alguna vez (M)	29	43,9	43,9	74,2
	nunca (B)	17	25,8	25,8	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Capacidad de audición

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	normal (A)	33	50,0	50,0	50,0
	regular (M)	26	39,4	39,4	89,4
	mala (B)	7	10,6	10,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Capacidad de visión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	normal (A)	18	27,3	27,3	27,3
	regular (M)	29	43,9	43,9	71,2
	mala (B)	19	28,8	28,8	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Uso de prótesis correctoras

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	34	51,5	51,5	51,5
	no	31	47,0	47,0	98,5
	3	1	1,5	1,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Presencia de dolores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	frecuentes (A)	23	34,8	34,8	34,8
	alguna vez (M)	38	57,6	57,6	92,4
	nunca (B)	5	7,6	7,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Descanso en el sueño

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	27	40,9	40,9	40,9
	regular (M)	28	42,4	42,4	83,3
	mal (B)	11	16,7	16,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Toma medicamento para nervios o dormir

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	frecuentes (A)	8	12,1	12,1	12,1
	alguna vez (M)	28	42,4	42,4	54,5
	nunca (B)	30	45,5	45,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Siente soledad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	frecuentes (A)	18	27,3	27,3	27,3
	alguna vez (M)	29	43,9	43,9	71,2
	nunca (B)	19	28,8	28,8	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Se siente viejo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	frecuentes (A)	8	12,1	12,1	12,1
	alguna vez (M)	19	28,8	28,8	40,9
	nunca (B)	39	59,1	59,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Se siente útil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	frecuentes (A)	37	56,1	56,1	56,1
	alguna vez (M)	19	28,8	28,8	84,8
	nunca (B)	10	15,2	15,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

El trato que recibe en su familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bueno (A)	32	48,5	48,5	48,5
	regular (M)	27	40,9	40,9	89,4
	quisiera que fuera mejor (B)	7	10,6	10,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

El trato que recibe de vecinos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bueno (A)	31	47,0	47,0	47,0
	regular (M)	28	42,4	42,4	89,4
	quisiera que fuera mejor (B)	7	10,6	10,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Estado de atención personal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bueno apariencia (A)	56	84,8	84,8	84,8
	suciedad en la ropa (M)	10	15,2	15,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Tiene temores o preocupaciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	muchas (A)	35	53,0	53,0	53,0
	algunas (M)	30	45,5	45,5	98,5
	ninguna (B)	1	1,5	1,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

La jubilación le alcanza

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	trabajador (A)	14	21,2	21,2
	amade casa (M)	23	34,8	56,1
	quisiera que fuera mejor (B)	29	43,9	100,0
	Total	66	100,0	100,0

Atención de los trabajadores sociales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bueno (A)	8	12,1	12,1
	regular (M)	30	45,5	57,6
	quisiera que fuera mejor (B)	28	42,4	100,0
	Total	66	100,0	100,0

Apoyo familiar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bueno (A)	38	57,6	57,6
	regular (M)	23	34,8	92,4
	quisiera que fuera mejor (B)	5	7,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0

Apoyo de vecinos:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bueno (A)	29	43,9	43,9
	regular (M)	26	39,4	83,3
	quisiera que fuera mejor (B)	11	16,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0

Círculo de abuelos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	alguna vez (M)	3	4,5	4,5
	nunca (B)	63	95,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0

Visitas del médico de familia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos frecuentes (A)	12	18,2	18,2	18,2
alguna vez (M)	50	75,8	75,8	93,9
nunca (B)	4	6,1	6,1	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Visitas de grupos religiosos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos frecuentes (A)	3	4,5	4,5	4,5
alguna vez (M)	19	28,8	28,8	33,3
nunca (B)	44	66,7	66,7	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Seguridad y tranquilidad en el barrio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos seguro (A)	3	4,5	4,5	4,5
regular (M)	35	53,0	53,0	57,6
mala (B)	28	42,4	42,4	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Nivel de ruido o bullas en el barrio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos bullicioso (A)	28	42,4	42,4	42,4
normal (M)	36	54,5	54,5	97,0
callado (B)	2	3,0	3,0	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Abastecimiento con agua potable

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos una vez al día (M)	66	100,0	100,0	100,0

Desagüe de desechos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos fosa séptica (M)	65	98,5	98,5	98,5
letrina (B)	1	1,5	1,5	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Vivienda

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos propia (A)	50	75,8	75,8	75,8
de hijos (M)	12	18,2	18,2	93,9
de otra familia (B)	4	6,1	6,1	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Accesibilidad al barrio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos bien (A)	58	87,9	87,9	87,9
regular (M)	3	4,5	4,5	92,4
mal (B)	5	7,6	7,6	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Pavimentación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos mal (B)	66	100,0	100,0	100,0

Aceras

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos mal (B)	66	100,0	100,0	100,0

Vivienda

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos placa (A)	44	66,7	66,7	66,7
mampostería y tejas (M)	13	19,7	19,7	86,4
madera (B)	9	13,6	13,6	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Atención por el médico de familia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos bien (A)	34	51,5	51,5	51,5
regular (M)	32	48,5	48,5	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Atención de los trabajadores sociales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	8	12,1	12,1	12,1
	regular (M)	28	42,4	42,4	54,5
	mal (B)	30	45,5	45,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Círculo de abuelos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	regular (M)	5	7,6	7,6	7,6
	mal (B)	61	92,4	92,4	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Recogida de la basura en el barrio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	36	54,5	54,5	54,5
	regular (M)	24	36,4	36,4	90,9
	mal (B)	6	9,1	9,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Transporte urbano

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mal (B)	66	100,0	100,0	100,0

Servicios de reparación de equipos domésticos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	19	28,8	28,8	28,8
	regular (M)	42	63,6	63,6	92,4
	mal (B)	5	7,6	7,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Reparación de calzado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mal (B)	66	100,0	100,0	100,0

Comercio de víveres

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	28	42,4	42,4	42,4
	regular (M)	38	57,6	57,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Carnicería

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	66	100,0	100,0	100,0

Pescadería

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	regular (M)	33	50,0	50,0	50,0
	mal (B)	33	50,0	50,0	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Panadería

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mal (B)	66	100,0	100,0	100,0

Placitas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	57	86,4	86,4	86,4
	regular (M)	8	12,1	12,1	98,5
	mal (B)	1	1,5	1,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Servicios de rehabilitación física

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	16	24,2	24,2	24,2
	regular (M)	25	37,9	37,9	62,1
	mal (B)	25	37,9	37,9	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Policlínico:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	38	57,6	57,6	57,6
	regular (M)	25	37,9	37,9	95,5
	mal (B)	3	4,5	4,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Servicios comunales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	11	16,7	16,7	16,7
	regular (M)	41	62,1	62,1	78,8
	mal (B)	14	21,2	21,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

CDR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	12	18,2	18,2	18,2
	regular (M)	33	50,0	50,0	68,2
	mal (B)	21	31,8	31,8	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

FMC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	regular (M)	2	3,0	3,0	3,0
	mal (B)	64	97,0	97,0	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Delegado del Poder Popular

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	36	54,5	54,5	54,5
	regular (M)	26	39,4	39,4	93,9
	mal (B)	4	6,1	6,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Consejo Popular

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	37	56,1	56,1	56,1
	regular (M)	20	30,3	30,3	86,4
	mal (B)	9	13,6	13,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

PCC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	18	27,3	27,3	27,3
	regular (M)	24	36,4	36,4	63,6
	mal (B)	24	36,4	36,4	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

UJC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	14	21,2	21,2	21,2
	regular (M)	10	15,2	15,2	36,4
	mal (B)	42	63,6	63,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

CTC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	10	15,2	15,2	15,2
	regular (M)	24	36,4	36,4	51,5
	mal (B)	32	48,5	48,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Seguimiento de médico y/o enfermera

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	36	54,5	54,5	54,5
	regular (M)	30	45,5	45,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Accesibilidad al policlínico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	9	13,6	13,6	13,6
	regular (M)	57	86,4	86,4	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Servicio de medicamentos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	44	66,7	66,7	66,7
	regular (M)	22	33,3	33,3	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Servicio de farmacia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	40	60,6	60,6	60,6
	regular (M)	25	37,9	37,9	98,5
	mal (B)	1	1,5	1,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Atención de urgencias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	66	100,0	100,0	100,0

Vacunación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	65	98,5	98,5	98,5
	mal (B)	1	1,5	1,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Cheques clínicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	30	45,5	45,5	45,5
	regular (M)	33	50,0	50,0	95,5
	mal (B)	3	4,5	4,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Orientación o educación de salu

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	30	45,5	45,5	45,5
	regular (M)	26	39,4	39,4	84,8
	mal (B)	10	15,2	15,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Atención por programas sociales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	4	6,1	6,1	6,1
	regular (M)	41	62,1	62,1	68,2
	mal (B)	21	31,8	31,8	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Atención a sus necesidades por la sociedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	1	1,5	1,5	1,5
	regular (M)	38	57,6	57,6	59,1
	mal (B)	27	40,9	40,9	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Apoyo por la asistencia social

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bien (A)	14	21,2	21,2	21,2
	regular (M)	39	59,1	59,1	80,3
	mal (B)	13	19,7	19,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Confianza en la política social del gobierno

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	alta (A)	66	100,0	100,0	100,0

Nivel de instrucción que posee

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	superior (A)	10	15,2	15,2	15,2
	media (M)	28	42,4	42,4	57,6
	primaria (B)	28	42,4	42,4	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Visita a instituciones culturales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos algunas veces (M)	25	37,9	37,9	37,9
rara vez (B)	41	62,1	62,1	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Práctica de la lectura

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos algunas veces (M)	37	56,1	56,1	56,1
rara vez (B)	29	43,9	43,9	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Práctica activa de alguna religión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos frecuentemente (A)	17	25,8	25,8	25,8
algunas veces (M)	23	34,8	34,8	60,6
rara vez (B)	26	39,4	39,4	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Anexo C .Características de la alimentación

Alimentación y nutrición.

La alimentación debe garantizar al hombre condiciones que le permiten el desempeño pleno de sus capacidades físicas e intelectuales. En ello no es importante no solo la cantidad que se come, sino que el adecuado balanceamiento de la dieta es condición indispensable. Una alimentación adecuada incluye una correspondencia entre el valor calórico del alimento consumido y los gastos reales de energía en las diferentes actividades humanas. Supone también un equilibrio entre los distintos nutrientes: carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales.

El estado nutricional, como resultado de un determinado nivel de alimentación y como parte del estado de salud, se mide por patrones clínicos, bioquímicos y antropométricos. Resulta muy importante que un buen estado nutricional no depende solo de factores alimentarios, sino que también está determinado por elementos socioeconómicos como el acceso al agua potable, el saneamiento ambiental o el nivel de los ingresos familiares.

La ciencia contemporánea determina con amplio grado de exactitud las necesidades del organismo humano de calorías y otros macro nutrientes. En Cuba los especialistas del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos son los encargados, y han elaborado recomendaciones nutricionales para diferentes grupos de la población atendiendo a edad, sexo y actividad física fundamental. También han elaborado la denominada canasta básica, que brinda los requerimientos nutricionales mínimos indispensable para no enfermarse.

Cuidado de la digestión y nutrición.

La alimentación adecuada para el adulto mayor sano debe ser balanceada y suficiente. Esto significa recibir alimentos variados: leche y sus derivados, fruta y verdura, proteínas (carne, pescado y legumbres), hidratos de carbono (azúcar, harinas). Una alimentación variada generalmente contiene todas las sales y vitaminas deseables, y no es necesario agregar suplementos. Nos interesa hacer hincapié en algunos puntos:

La fibra que contienen las verduras, frutas y granos integrales son indispensables para una buena digestión y para evitar la estitiquéz. Esto es importante porque en el adulto mayor existe tendencia a la estitiquéz.

Debe evitarse el consumo exagerado de lípidos (aceite, grasa) e hidratos de carbono (pan, fideos, azúcar) que aportan sólo calorías. La menor actividad física del adulto mayor disminuye

su requerimiento y el consumo excesivo de alimentos calóricos (y grasas) conduce a la obesidad. Cuando visitemos a los abuelos debemos llevarles fruta, y no chocolates.

Evite el exceso de grasas y harinas, que engordan.

Beba bastante agua.

Consuma diariamente alimentos de los 4 grupos: LECHE Y DERIVADOS, CARNES Y LEGUMINOSAS, FRUTAS Y VERDURAS, PAN, CEREALES Y PAPAS.

Las legumbres son una buena fuente de proteínas, pero a veces su aprovechamiento o tolerancia se hace difícil por la falta de enzimas digestivas. Otros alimentos proteicos recomendables son el pescado (consumir dos veces por semana o más) y la carne de ave, sin piel.

La preocupación por el colesterol debe iniciarse a los 30 ó 40 años de vida y siempre debe evitarse la obesidad. Al cocinar con aceite o grasas deben emplearse cantidades pequeñas; usar poca mantequilla, margarina, manteca o mayonesa; evitar las frituras; sacar la grasa visible de la carne y la piel del pollo; consumir pescados dos o más veces por semana; usar leche descremada en lo posible.

La ingestión moderada de alcohol con las comidas (1 ó 2 vasos de vino o cerveza al día) podría ser útil o al menos no dañina. El exceso contribuye a engordar y puede causar daño cerebral o alcoholismo.

El agua es muy importante. Se recomienda ingerir diariamente 6 a 8 vasos, salvo que existan contraindicaciones.

Un consumo moderado de sal es beneficioso, a no ser que existan restricciones señaladas por el médico.

Peso ideal: su rango se puede calcular multiplicando la altura por sí mismo (al cuadrado) y luego por 20 (peso mínimo) y por 25 (peso máximo). Por ejemplo, una persona de 1,70 cm.: $1,70 \times 1,7 = 2,89$; $2,89 \times 20 = 57,8$ Kg.; $2,89 \times 25 = 72,3$ kg. Bajo 57,8 Kg. se considera enflaquecida, sobre 72,3 existe obesidad.

El número creciente de personas de edad avanzada en la población ha centrado la atención sobre la investigación geriátrica. El incremento de la población de personas seniles se debe a los avances en el campo de la medicina y la nutrición.

Factores que afectan el estado nutricional en las personas de edad avanzada.

. Si bien las necesidades nutricionales básicas permanecen constantes, las personas seniles pueden presentar problemas especiales, debido a las modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento y a la presencia de trastornos que afectan la ingestión, digestión y absorción de los alimentos, así como al metabolismo de las sustancias nutritivas.

Estas características inherentes al proceso de envejecimiento y las peculiaridades del anciano agregan facetas singulares a la nutrición en la edad avanzada. Los factores principales que afectan el estado nutricional del anciano son los siguientes:

1) Factores socioeconómicos y culturales. El espectro que acosa potencialmente a las personas mayores de edad esta constituido por la escasez de medios económicos, ignorancia y soledad.

En ocasiones, el hecho de tener acceso a una pensión insuficiente y el incremento de los gastos domésticos para poder ser atendidos por otros, hacen que la alimentación resulte monótona, cuando no insuficiente.

Por otra parte, en la edad senil existe una considerable dificultad para comprender y aceptar nuevos problemas. Además, la mala memoria y el déficit audiovisual pueden ser un problema a la hora de aceptar instrucciones. Las personas de edad avanzada tienen temor a los alimentos perjudiciales, el estreñimiento y a la indigestión.

Los ancianos del sexo masculino con pocos conocimientos culinarios no tienen una alimentación equilibrada, ya que recurren a alimentos que exigen poca preparación; pan, dulces y, en ocasiones, café con leche.

Muchos ancianos viven solo. Su padecimiento físicos crecientes y su declinación psíquica restringen los contactos humanos, y finalmente se producen una situación de soledad. Cuando las personas seniles comen en agrupaciones o en compañía de otros, la alimentación suele ser mejor. En cuba, actualmente, se están incrementando los servicios de alimentación social a personas de la tercera edad y, sobre todo, a las que no tiene amparo filial; esto redundará en un mejoramiento del estado nutricional y de la calidad de vida de estas personas.

EL aislamiento social, la ignorancia y la soledad son tres de los grandes peligros que acechan a las personas de edad avanzada.

2) Defectos bucales en la boca, la edad aparentemente produce un problema en la masticación y en la deglución de los alimentos, y puede ser un factor importante en la disminución de la ingesta de alimentos. Los defectos bucales consisten principalmente en ausencia de dientes, prótesis dentarias defectuosas y atrofia mandibular. Tales defectos constituyen un factor importante en la ingestión deficitaria de estos. Muchas personas de edad avanzada tienen la dentadura bastante defectuosa; otros tienen ardentía total o llevan una dentadura postiza mal ajustada. En consecuencia, evitan los alimentos duros que exigen masticación y eligen los mas blando. El valor nutritivo de las ya escasas carnes, frutas y verduras que ingieren disminuyen aun más con la larga cocción para que se ablanden. De esta forma, la ingestión de proteínas animales y vitamina resultan insuficientes.

3) Mal absorción y estreñimiento. En el proceso de senescencia existe una disminución de las sensibilidades gustativas y olfatorias, así como las secreciones digestivas; la presencia de atonía intestinal, la menor actividad física, y el rechazo a frutas y verduras conducen al estreñimiento habitual tan frecuente y al tanto temen.

En el intestino delgado el envejecimiento parece producir una reducción del área de absorción; en las personas de edad avanzada existe una alteración de la absorción intestinal, sin llegar a un franco cuadro de mal absorción con esteatorrea. Dicha alteración parece deberse a una isquemia de el intestino delgado, ya que la esteatorrea es mas frecuente en los ancianos que han padecido episodios trombóticos; ictus celebrar o infartos del miocardio.

4) Reserva insuficiente de vitaminas. Una característica del estado nutricional del anciano es poseer una reserva insuficiente de vitaminas, que parece condicionada por una disminución del total de alimentos, una mala selección cualitativa de los mismos y una absorción deficientes. El alcoholismo y la administración de ciertos medicamentos también contribuyen al déficit de vitaminas. El déficit vitamínico más característico y frecuente en las personas de edad avanzada son los de vitaminas C y D.

5) Ingestión deficiente de hierro y calcio.

6) Ingreso excesivo de alimentos. La obesidad no abunda en las personas seniles pertenecientes a un estrato social pobre. Sin embargo, en determinados sectores con ingresos moderados suele observarse (ancianos jubilados).

La calidad de la alimentación juega un papel fundamental en la prevención y en el retraso de la aparición de enfermedades crónicas. Conforme avanza la edad, el riesgo de desarrollar deficiencias por esta razón se incrementa. Tanto la obesidad como la malnutrición por déficit pueden conducir a una dependencia funcional, incrementos en la morbilidad, mortalidad y mayor uso de los servicios de salud (Bowman et al., 1998). En los hallazgos clínicos se ha observado una relación entre el estado nutricional y la enfermedad cardiovascular, los accidentes cerebro vasculares, la diabetes y la cirrosis. El exceso o la ingesta insuficiente de energía contribuyen al sobrepeso, la obesidad y la desnutrición.

La nutrición es un factor afectado por el nivel socioeconómico y la educación. La malnutrición por déficit, afección más comúnmente conocida como desnutrición, se asocia a factores de riesgo como hacer sólo una comida al día, perder más de tres kilogramos de peso sin intención en el último año y falta de apetito.

Las personas mayores tienen diferentes necesidades de nutrientes en comparación con los adultos jóvenes. Además pueden enfrentar un riesgo de deficiencia de nutrientes específicos, de los cuales las calorías, las proteínas y los micros nutrientes son los más prevalentes.

Existen múltiples causas que se asocian a la malnutrición de la población adulta mayor, dentro de las que se incluyen el aislamiento social, agravado por la presencia de problemas visuales, auditivos, dentales, de movilidad, depresión y pérdida del apetito. En estos casos, la persona mayor vive y por lo tanto come en soledad, afectándose el consumo de alimentos, su estado nutricional y su capacidad de enfrentar problemas de salud, con el consecuente efecto negativo en la calidad de su vida (Souter y Keller, 2000).

Prevalencia de la desnutrición.

Como la evaluación del estado nutricional de la persona mayor debe ser parte importante de los programas y políticas en salud para este grupo, surge la necesidad de identificar herramientas de fácil utilización que permitan monitorearla. Uno de los indicadores más usados para detectar la prevalencia de la malnutrición es el índice de masa corporal (IMC), que es la relación entre el peso y la estatura de la persona, y se obtiene como el cociente entre la cantidad.

Prevalencia de la obesidad.

La obesidad es un factor de riesgo para las enfermedades no transmisibles, y se presenta con mayor frecuencia en las personas mayores de menor nivel socioeconómico y educativo (Lerma-Garbet 1999; Lima-Costa et al., 2003). Este hecho es preocupante, porque tiene preventivos, que disminuyan de manera significativa la manifestación de esta situación.

Porcentaje de personas mayores con malnutrición

Actividades que se realizan en hospitales, centros ambulatorios, atención domiciliaria e instituciones insertas en la comunidad. En general, no se dispone de información al respecto desagregada por edad, y la que existe no está armonizada de modo que se pueda utilizar comparativamente. El análisis de la provisión de servicios se hace entonces utilizando indicadores aproximados de algunos de los servicios, como los mecanismos de protección social, la disponibilidad de servicios necesarios y la disponibilidad de personal capacitado en la medicina de la persona mayor.

Mejorar la alimentación de la población sigue siendo un objetivo de desarrollo social priorizado. A estos fines, algunos de los programas más importantes dirigidos a incrementar la producción agropecuaria e industrial que se han desarrollado en estos años, y a partir de las transformaciones económicas implementadas, han sido:

- *Acciones para consolidar las Unidades Básicas de Producción Cooperativa (UBPC).
- *Creación de condiciones para el desarrollo del autoconsumo agropecuario.
- *Programa para incrementar la producción de arroz.
- *Programa para el aumento de la producción de leche y carne vacuna.

- *Programa de viandas y hortalizas, en especial con el desarrollo de la agricultura urbana.
- *Programas científico-técnicos para la producción de alimentos por métodos sostenibles, de biotecnología agrícola y de alimento animal por vías biotecnológicas y sostenibles.
- *Producción de derivados cárnicos de altos rendimientos.
- *Producción de derivados lácteos a partir de leche de soya.
- *Programa para el aprovechamiento integral del pescado.
- *Enriquecimiento de alimentos para grupos vulnerables.

En la esfera de la comercialización es de destacar, entre otras, la utilización de un mecanismo de segmentación de mercados para influir en el acceso de los distintos grupos de ingresos a los alimentos. En esa dirección se inscriben la creación de los mercados con precios topados y de la cadena Imagen del MINCIN, el funcionamiento de ferias agropecuarias y el desarrollo de la gastronomía comunitaria. Junto a ello se han continuado desplegando los programas relativos a la distribución racionada de productos alimenticios, el de alimentación social y el de asistencia alimentaria a ancianos, así como la revitalización del programa de educación nutricional.

Recomendaciones para la alimentación.

Los principios que deben asistir la alimentación de las personas mayores deben ser los siguientes:

- 1-Deben tenerse en cuenta los factores geriátricos señalados: situación socioeconómica, defectos bucales, cambios digestivos, estado nutricional, padecimientos físicos asociados, etc.
- 2-La ración energética total debe conseguir el peso ideal.
- 3-La alimentación debe ser rica en proteínas, moderada en carbohidratos y relativamente baja en grasas. Se recomiendan alimentos ricos en fibra: frutas y verduras.
- 4-Deben abundar alimentos ricos en vitaminas y minerales para evitar escorbuto, los trastornos de la osificación y las anemias nutricionales. Leche, derivados lácteos, pescados, carnes, huevo, verduras y frutas deben estar siempre presentes en la alimentación.
- 5-No debe abusarse de los alimentos ricos en sodio -pan blanco, jamón, tocino, embutidos, pescados secos y en conserva, mariscos, carnes saladas y ahumadas, mantequilla salada y conserva en general, máxime si existe hipertensión u otra enfermedad que lo justifique.
- 6-La ingestión de agua debe ser suficiente
- 7-Los alimentos deben prepararse bajo formas culinarias sencillas.
- 8-Debe mantenerse normal el ritmo de evacuación intestinal. Si no se consigue mediante una alimentación adecuada -frutas, vegetales ricos en fibras, pan integral, mermelada, etc.-y ejercicio, debe recurrirse al empleo de preparados de fermentos digestivos y laxantes.

9-Aunque no parece existir una necesidad especial de vitaminas en las personas de edad avanzada, la presencia de ciertas enfermedades o determinados factores socioeconómicos limitan, a menudo, la variedad y calidad de los alimentos ingeridos.

Las necesidades de vitaminas y minerales en individuos de 60 años de edad o más para ambos sexos se exponen en la tabla 3.27.

Tabla 3.27

Vitaminas	Masculino	Femenino
A (μg) ¹	800	700
D (μg) ²	5	5
E (mg) ³	10	8
K (μg) ⁴	65	55
C (mg)	60	60
B ₁ (mg) ⁵	1.2	1.1
B ₂ (mg) ⁶	1.5	1.3
Niacina (mg) ⁷	17	15
B ₆ (mg)	2.2	2.0
B ₁₂ (μg)	3.0	3.0
Ácido fólico (μg)	250	250

¹ Equivalente de retinol (**ER**) = 1 μg de betacaroteno.

² Como colecalciferol: 10 μg de colecalciferol = 400 **UI** de vitamina D.

³ 1 mg de alfatocoferol = 1 equivalente de alfatocoferol.

⁴ 1 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso para mayores de 1 año de edad.

⁵ 0.5 mg de timina/1000 kcal.

⁶ 0.6 mg de riboflavina/1000 kcal.

⁷ 1 equivalente de niacina (EN) = 1 mg de niacina = 60 mg de triptófano dietario. Se recomiendan 7 EN/1000 kcal.

Las recomendaciones de ingestión diaria de minerales y oligoelementos en personas mayores de 60 años, de ambos sexos, se presentan en la tabla 3.28.

Tabla 3.28

Minerales y oligoelementos	Masculino	Femenino
Calcio (mg)	800	800
Fósforo (mg)	800	800
Magnesio (mg)	350	300

Hierro (mg)	12	10
Zinc (mg)	15	15
Yodo (μg)	150	150
Selenio (μg)	60	50

¹ Recomendaciones establecidas para un hombre de 65 kg de peso y una mujer de 55 kg de peso, con actividad física moderada.

Tomado de: Temas de Medicina General Integral.

Anexo D. Algunos aspectos del bienestar mental

Como evitar la ansiedad

La ansiedad y la depresión son muy frecuentes en el adulto mayor y pueden causar gran sufrimiento. Sus causas:

Autoimagen negativa: sentirse viejo, inútil, limitado por las enfermedades, sin afectos.

El aislamiento, especialmente por viudez y alejamiento de los hijos; este alejamiento de la familia es mayor si el adulto mayor ha sido una madre poco afectuosa, un marido infiel. Para evitar la soledad, se recomienda tener amistades y unirse a los grupos de vecinos.

Limitaciones económicas que, en gran medida, dependen de la falta de previsión durante la juventud.

La jubilación significa disminución de los ingresos económicos y, en el hombre, falta de actividad que puede llevar incluso al alcoholismo. Por este motivo, se aconseja seguir trabajando, aunque sea con menor horario o en trabajos voluntarios, y acostumbrarse a realizar actividades en la casa.

Mala salud física (que podría evitarse con medidas preventivas y tratamiento médico).

Debemos tener presentes las ventajas de ser adulto mayor: la experiencia, el tiempo libre.

Debemos mantenernos activos, ser amistosos.

La jubilación no es para descansar, es para iniciar nuevas actividades, de acuerdo con nuestras capacidades.

Debemos reconocer el estrés y aprender a relajarnos.

El estrés puede expresarse como dolores de cabeza, dolores musculares, indigestión, trastornos del apetito, del sueño, nerviosismo, irritabilidad, etc. Para controlarlo debemos disminuir las exigencias que nosotros mismos nos imponemos, hacer ejercicios ligeros, aprender a relajarse.

.La participación en nuevas actividades es más fácil para la mujer que para el hombre. El hombre suele decir "estoy jubilado y tengo derecho a descansar", suele mirar en menos o sentir vergüenza de participar en labores de artesanía, en un voluntariado, un coro o un grupo de gimnasia.

Finalmente, debemos estar dispuestos a aceptar el inevitable decaimiento físico y mental; debemos estar preparados para disfrutar de pequeños agrados, de un saludo amable, de la tibieza de un día otoñal, de una fotografía que nos recuerda personas que ya no existen. Debemos aceptar lo inevitable de la muerte de seres queridos y la propia muerte. La fe en una vida después de la vida puede hacer menos duro ese trance.

Debe estar dispuesto a disfrutar de pequeños agrados de la vida cotidiana.

Debe estar dispuesto a iniciar nuevas actividades, a conocer otras personas, a ser voluntario.

Debe tener fe.

Trastornos del sueño

Los principales trastornos del sueño del adulto mayor son el insomnio y la apnea del sueño. Para evaluar el insomnio debemos recordar que él necesita menos horas de sueño que el niño o el joven; y que muchas veces un adulto mayor aburrido querría dormir más de lo necesario o mal interpreta su fatiga diurna.

El insomnio puede deberse a causas ambientales (ruido, frío), dolores o molestias físicas, trastornos psicológicos (depresión, ansiedad), ingestión de café, alcohol o estimulantes. Para prevenirlo se debe evitar la automedicación y el uso innecesario de hipnóticos, evitar en la noche el café y otros estimulantes, sacar el televisor del dormitorio, levantarse temprano, suprimir la siesta, hacer ejercicio. A veces ayuda un baño caliente antes de acostarse.

El uso de medicamentos debe ser reservado para casos especiales y siempre bajo control médico.

La apnea del sueño generalmente se debe a obstrucción de la vía respiratoria: edema por infecciones, obesidad, alcohol o hipnóticos. La obstrucción hace roncar y la apnea produce falta de oxígeno e interrumpe breve o parcialmente el sueño, que se hace poco reparador y provoca somnolencia diurna.

El tratamiento básico implica bajar de peso, evitar el alcohol o fármacos; y si esto no es suficiente debe recurrirse a especialistas.

El adulto mayor necesita menos sueño que el joven.

Para dormir bien debe tener actividades durante el día.

El insomnio puede deberse a ansiedad o depresión.

Evite automedicarse; consulte a su médico.

Cuidado de la memoria

La pérdida de memoria es una amenaza siempre presente para los adultos mayores. En ella influyen:

La angustia y la depresión, el aislamiento y la inactividad.

Alcohol y medicamentos que pueden interferir con la atención y, eventualmente, producir daño cerebral.

Mal estado general, con desnutrición, falla cardíaca o respiratoria, pueden repercutir sobre el funcionamiento cerebral.

Enfermedades cerebrales: Alzheimer, lesiones vasculares o de otro tipo.

Para mantener la memoria deben evitarse estos factores que la amenazan, por una parte, y, por otra, debe mantenerse la actividad cerebral. Esto significa interesarse y pensar en lo que lo rodea, adquirir nuevos intereses, evitar la rutina. Es necesario interactuar con otras personas, saber qué sucede en la vida de sus familiares y amigos, colaborar en las tareas de la casa, de la comunidad o de los nietos.

Muchas veces es posible aprender o adquirir nuevas habilidades: seguir un curso, integrarse a un grupo de teatro, aprender jardinería o repostería.

La actividad de la mente puede mejorar su memoria, estar interesado en hacer algo es bueno para el cerebro.

El buen estado general favorece al cerebro.

Una agenda puede ayudar a compensar una pérdida de memoria leve.

Si la memoria falla mucho, consulte médico.

Anexo E. Servicios de atención a la salud humana

Prevención en el adulto mayor.

Para lograr este objetivo sus acciones tanto como asistenciales, docentes e investigativas estarán dirigidas, fundamentalmente, a cambiar estilos de vida para tratar de lograr que las personas lleguen a la vejez con las óptimas capacidades funcionales posibles.

Sin embargo, para que este proceso de cambios se produzca, la persona o grupos sociales necesitan, además de las condiciones objetivas, los conocimientos que induzcan a adquirir nuevas actitudes ante la vida, y es el equipo multidisciplinario de atención geriátrica (EMAG) uno de los encargados en modificar los conceptos de envejecimiento y vejez que tiene la población, así como la forma de abordar los problemas del anciano por los profesionales de la salud.

La vejez se concibe como un proceso involutivo irreversible, que opera en el paso del tiempo y se manifiesta en diferentes aspectos funcionales, es una etapa del ciclo vital de la vida; la etapa final.

La salud del anciano presenta un amplio espectro de situaciones posibles que van desde:

- 1-La aparición de nuevas enfermedades, tanto agudas como crónicas.
- 2-La morbilidad y comorbilidad generadas por enfermedades ya presentes y por las consecuencias de las enfermedades crónicas.
- 3-Los accidentes.

Todo esto provoca:

- 1-La disminución de la funcionalidad.
- 2-La discapacidad.
- 3-La dependencia.
- 4-La hospitalización.
- 5-La institucionalización.
- 6-La muerte.

Por todo esto son necesarios varios tipos de abordajes en la prevención del adulto mayor: prevención primordial, prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

Prevención primordial.

Prevención primordial. Es el más recientemente reconocido y desarrollado. El objetivo de la prevención primordial es evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica, cultural y del ambiente físico que son reconocidos como contribuyentes a elevar el

riesgo de enfermedad. Incluye, también, la atención a los efectos globales de la contaminación atmosférica. La prevención primordial eficaz requiere, en primer lugar, un fuerte componente educativo y formador de individuos con hábitos de vida y conductas esencialmente sanas, que deben desarrollarse desde las primeras etapas de la vida.

Además, debe estar apoyada por medidas reguladoras y fiscales energéticas complementarias de los gobiernos, para detener la promoción y consumo de productos dañinos como el tabaco, el alcohol, las drogas, etc. En muchos casos se requieren políticas coordinadas de diferentes sectores: agricultura, industria, comercio y otros para estimular y desarrollar estilos de vida sanos, así como evitar formas de vida y patrones de consumo, antes que estos arraiguen en la sociedad y en la cultura.

Prevención primaria.

Consiste en evitar el deterioro patológico o la aparición de enfermedad. Es viable cuando se conocen las causas-las determinantes, los factores de riesgos, los indicadores de riesgos y los procesos fisiológicos-del propio proceso de envejecimiento, y de cierta forma de morbilidad y mortalidad prematuras.

Los métodos más conocidos son:

Educación para la salud, pero con el enfoque participativo, intergeneracional y estratégico.

Inmunización.

Quimioprofilaxis.

Ejemplos:

- 1- Ajustada nutrición para garantizar los aportes necesarios de los procesos metabólicos.
- 2- Actividad física apropiada, para prevenir la difusión física.
- 3- Adecuadas recreación y socialización del anciano, para prevenir la depresión y aislamiento.

Prevención secundaria.

Es aquella que permite identificar una enfermedad establecida en un período presintomático, para curarla de forma temprana o prevenir su progresión.

Este es nivel de prevención que se centra en el diagnóstico precoz, la utilización de servicios de consulta y el rápido inicio del tratamiento al detectar una enfermedad, para evitar así que se manifieste.

En el anciano, las prevenciones primarias y secundarias incluyen la pesquisa de factores de riesgo, y la detección temprana de enfermedades y discapacidades.

También es una realidad durante el envejecimiento y la vejez.

Ejemplo:

Exámenes masivos:

Citología de cuello uterino.

Mamografía.

Sangre oculta en heces fecales.

Tratamiento de los factores de riesgo cardiovasculares. Control de la hipercolesterolemia e hipertensión.

Prevención terciaria.

Es en realidad una forma de prevención de enfermedades, ya que constituyen un intento por limitar el daño ocasionado por la enfermedad ya manifiesta y disminuir sus efectos, es decir, es el nivel de la medicina preventiva que se ocupa de la rehabilitación de un paciente al estado de mayor funcionalidad, con un mínimo de riesgo de recurrencia de una enfermedad física y mental.

Esta dirigida a reducir o eliminar las deficiencias, de discapacidad y minusvalía.

Los esfuerzos en la prevención terciaria en el adulto mayor está dirigida al mantenimiento de la autonomía y la calidad de vida; su acción consiste en la evaluación de los fallos físicos y cognoscitivos, del impacto del medio ambiente y las capacidades de la familia, así como de los servicios sociales de la comunidad, para compensar las carencias.

Generalmente se considera que la rehabilitación es el componente de la prevención terciaria que se centra en la reducción o eliminación de una discapacidad.

Ejemplos:

Suministro de un audífono para compensar una deficiencia auditiva, operación de catarata.

Estas son medidas de prevención terciaria, pero no ejemplos de rehabilitación.

Rehabilitación de la enfermedad de Parkinson, del accidente vascular encefálico y del infarto del miocardio entre otros.

La prevención de las mayores condiciones crónicas en los ancianos.

Condición	Prevención Primaria	Prevención Secundaria	Prevención Terciaria	Medidas Preventivas
Artritis	Efectiva	Ambigua	Efectiva	Abolir el peso de las articulaciones, actividad física moderadas, el tratamiento temprano de la artritis

				reumatoidea y rehabilitación de las discapacidades.
Problemas dentales	Efectiva	Efectiva	Efectiva	Higiene bucal, profilaxis dental, examen periódico de la cavidad bucal y prótesis dental.
Hipertensión	Muy efectiva	Ambigua	Efectiva	Actividad física moderada, disminuir la ingesta de sal, dieta rica en potasio, calcio y magnesio.
Enfermedades cardiovasculares	Efectiva	Efectiva	Efectiva	Control de los factores de riesgo, abandono de los hábitos de fumar, control de la hipertensión, control de la hipercolesterolemia, baja dosis de ácido acetil salicílico, terapia de remplazamiento de estrógenos y rehabilitación.

Problemas visuales	Ambigua	Efectiva	Efectiva	Abolir el exceso de luz ultravioleta, refracción, cirugía de cataratas.
Osteoporosis	Muy efectiva	Ambigua	Efectiva	Consumo de calcio y vitamina D, ejercicios físico moderado, evitar la ooforectomía temprana.
Problemas auditivos	Efectiva	Efectiva	Efectiva	Abolir el exceso de ruido, audiometría y prótesis auditivas.
Depresión	Ambigua	Efectiva	Efectiva	Evaluación y tratamiento.
Enfermedad cerebrovascular.	Efectiva	Ambigua	Efectiva	Control de los factores de riesgo, fumar, hipertensión, bajas dosis de ASA, terapia de reemplazo de estrógeno, ejercicios físicos moderados y rehabilitación.
Dependencia funcional.	Efectiva	Ambigua	Muy Efectiva	Ejercicios de otras actividades, evaluación y tratamiento específico, y rehabilitación.

ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN EL ADULTO MAYOR.

Enfermedades Hipertrofia del ventrículo izquierdo, isquemias coronarias y trastornos del ritmo

Hiperlipoproteinemia.

Parasitismo intestinal.

Neoplasias.

Hipertensión arterial.

Anemias.

Bronconeumonias y neumonías.

Enfisema pulmonar.

Sepsis urinaria.

Hiperplasia prostática.

Úlceras gastroduodenales.

Divertículos de colon.

Osteoartritis.

Diabetes mellitus.

Anexo F. Actividad física

Actividad Física.

La actividad física es útil para mantener el estado normal de los músculos y articulaciones; prevenir la pérdida de calcio en los huesos (osteoporosis); aumentar la capacidad de los sistemas respiratorio y cardiovascular; evitar el daño de las arterias y mejorar la coagulación sanguínea. Además, es muy importante para lograr una actitud emocional positiva de confianza en sí mismo.

El ejercicio físico debe ser exigente, pero sin caer en lo excesivo, y debe ayudar a mantener rangos articulares y posturas fisiológicas. Se puede recomendar la natación, - aunque sólo sea jugar en el agua -, el baile, las caminatas. Este ejercicio debe durar por lo menos 30 minutos seguidos y practicarse por lo menos tres veces a la semana, si es bien tolerado. Realizarlo por períodos menores generalmente es insuficiente para la mantención de las capacidades funcionales, pero siempre es preferible hacer poco ejercicio a no hacer ninguno. Para la caminata debe considerarse el uso de ropa adecuada, acorde con la temperatura ambiente, un calzado cómodo... Y un buen amigo para ir conversando.

Para mantener la postura correcta y la flexibilidad de las articulaciones se recomienda realizar movimientos de estiramiento de brazos y piernas, girar y extender el cuello, mover el tronco a derecha y a izquierda.

La práctica frecuente de actividad física es beneficiosa para la salud a cualquier edad, incluyendo por tanto a las personas mayores. Puede reducir el riesgo de enfermedades crónicas, aliviar los síntomas de depresión, ayudar a mantener la autonomía y mejorar la calidad de vida en general. Aun las personas mayores frágiles y aquellas de edades más avanzadas pueden mejorar realiza actividad física.

La actividad física con regularidad es un componente importante de un estilo de vida sano. En realidad se ha acumulado un gran número de evidencias epidemiológicas y clínicas que relacionan la inactividad física con resultados adversos para la salud y la actividad física periódica con diversos beneficios para la misma. La inactividad física sin lugar a dudas es un factor importante que contribuye a una mortalidad prematura y a enfermedades crónicas.

Definiciones.

Carpensen definió la actividad física como “todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que produzca un consumo de energía”. La actividad realizada con intensidad moderada o vigorosa beneficia a la salud. Para la mayoría de los adultos mayores sanos la marcha rápida de aproximadamente 4 mph es una actividad moderada. El pedestrisimo, el tenis en singles y el mobiliario pesado son ejemplos de actividades enérgicas. El término ejercicio físico alude a la actividad física planeada o estructurada y que se lleva a cabo para mejorar o mantener uno o más componentes del acondicionamiento físico, que es “una serie de atributos que las personas tienen o logran y que se relacionan con la capacidad para realizar actividades físicas”, de acuerdo con la definición de Caspersen. En general se considera que el acondicionamiento físico consiste en 5 componentes: capacidad aeróbica o de resistencia, fuerza muscular, resistencia muscular, flexibilidad y composición del cuerpo.

Beneficios de la actividad física para la salud del adulto mayor.

Las respuestas fisiológicas y metabólicas al ejercicio constituyen la raíz de los múltiples beneficios para la salud relacionados con la actividad física. Esta exige un mayor consumo de energía e impone demandas y fuerza a múltiples órganos y sistemas enzimáticos. Tales demandas dan por resultado respuestas agudas y adaptaciones de los sistemas circulatorio, respiratorio, nervioso, endocrino y esquelético a largo plazo. Los beneficios más directos de la actividad física son las adaptaciones cardiovasculares y musculoesqueléticas, que aumentan la capacidad funcional en estas áreas. Está bien comprobado el aumento en la capacidad aeróbica y la fuerza muscular y resistencia tras las adaptaciones de entrenamiento de individuos de edad avanzada. El mantenimiento de la capacidad funcional y la fuerza son muy importantes para evitar la incapacidad y mantener la independencia en esta etapa. También se han postulado muchos beneficios que la actividad física ejerce específicamente sobre enfermedades y factores de riesgo. Se cuenta con datos convincentes que relacionan la actividad física regular con beneficios para la salud en algunos aspectos como en la cardiopatía coronaria, la salud mental, el metabolismo de la glucosa y la densidad ósea, pero todavía faltan muchas investigaciones para delimitar mejor otras consecuencias de la actividad física y los mecanismos subyacentes sobre la salud.

Riesgos de la actividad física para la salud.

La actividad física conlleva también a riesgos. Las lesiones por el uso inadecuado del aparato musculoesquelético de la extremidad inferior son la consecuencia negativa más frecuente de las actividades físicas. Hay 3 factores que guardan una relación importante con el riesgo de la lesión musculoesquelético. En primer lugar, las lesiones previas constituyen un factor relevante que permite predecir una lesión en el futuro. En segundo lugar, el aumento en la duración de la actividad o de la distancia recorrida se asocia a un mayor riesgo de lesión, y en tercer lugar, la intensidad del ejercicio se relaciona con el riesgo de lesión Este es considerablemente más alto en las actividades vigorosas que en las moderadas.

Algunos cardiacos graves, aunque esto es raro, se han relacionado con actividad física vigorosa. El riesgo de paro cardiaco aumenta transitoriamente durante el ejercicio en quienes desempeñen actividades con regularidad y en mayor grado en individuos que tienen actividades con irregularidad. La mayoría de los individuos con enfermedades o incapacidades subyacentes pueden no obstante ejercitarse sin riesgos cuando toman las precauciones apropiadas.

Este indicador es importante no sólo para medir la cantidad relativa de personas mayores que realiza alguna actividad física, sino también para conocer, a nivel comunitario, local o nacional, la cantidad de personas mayores que puede presentar factores de riesgo de alguna enfermedad crónica por no practicar este hábito.

Los requerimientos de energía disminuyen con la edad, lo que se acompaña por una disminución en la ingesta de calorías. La disminución de los requerimientos puede deberse a una disminución en el peso corporal, un descenso del metabolismo basal y una reducción de la actividad física.

En Cuba se han estimado las recomendaciones de energía para individuos de 60 años de edad o más, en dependencia del sexo y de la actividad física (tabla 3.25 y 3.26).

Tabla 3.25

Actividad física	(Kcal.)	Energía ¹ (Kcal./Kg.)	Proteínas (g) (g/Kg.)	Grasas (g)	Carbohidratos (g)
Ligera	2180	34	65 1.0	68	327
Moderada	2460	38	74 1.1	77	369
Intensa	2730	42	82 1.3	85	410

. Calculada para un peso corporal promedio de 65 Kg. en el masculino.

Tabla 3.26

Actividad física	(Kcal.)	Energía ¹ (Kcal./Kg.)	Proteínas (g) (g/Kg.)	Grasas (g)	Carbohidratos (g)
Ligera	1180	34	56 1.0	58	282
Moderada	2130	39	64 1.1	66	320
Intensa	2350	43	71 1.3	73	353

. Calculada para un peso corporal promedio de 55 kg en el sexo femenino. Las necesidades de vitaminas y minerales en individuos

Tomado de: Temas de Medicina General Integral. Tomo 1.

Anexo F. Condiciones y garantías sociales

Protección social en salud

Se define como la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes políticos, para que un individuo o un grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas en materia de salud mediante el acceso a los servicios, ya sea a través del sistema o de alguno de los subsistemas de salud del país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. Los grupos de la sociedad que no pueden hacer uso de esta garantía constituyen los excluidos en salud (OPS, 2002).

La protección social de las personas mayores se hace a través de tres sistemas: el público de libre acceso; la seguridad social con esquema contributivo y con subsidio gubernamental, y los seguros privados. En la región, y considerando las ciudades indagadas a través de la encuesta SABE, La Habana tiene un sistema público de salud, mientras que el resto de las ciudades presenta un tipo mixto de cobertura (pública y privada).

Si bien este indicador provee una idea general de la magnitud de la exclusión, no da cuenta de las enormes diferencias que existen dentro de los países en relación con la localización urbana o rural de las personas mayores.

La exclusión en salud es una forma discriminatoria compleja, por lo tanto su medición no se reduce a identificar a las personas sin cobertura en uno de los sistemas mencionados. Se trata de un problema multicausal (OPS, 2002). En las personas mayores, la exclusión de los servicios de salud puede producirse por razones de edad en combinación con etnia y residencia rural o urbana; por falta de cobertura para los servicios esenciales para sus necesidades; y por falta de personal de salud capacitado en la medicina de la población adulta mayor.

Participación social en la vejez.

La participación social de las personas mayores ha sido tradicionalmente abordada desde su dimensión individual; desde esta perspectiva, podría definirse como el “proceso de interacción personal que consiste en tomar parte activa y comprometida en una actividad conjunta y que es percibida por la persona como beneficiosa” (Monchiatti, 2001)”. La participación en actividades sociales e interacciones significativas es una necesidad vital cuya satisfacción resulta

indispensable para la autorrealización personal, pues permitiría a las personas mayores el desarrollo de sus potencialidades y recursos (Monchietti y Krzemien, 2002).

Los hallazgos empíricos resultantes de las investigaciones realizadas desde este enfoque enfatizan los beneficios que la interacción social tiene sobre los mayores, especialmente en lo relacionado a su salud, funcionalidad y bienestar subjetivo (Lowenthal y Haven, 1968). Las investigaciones en este campo han demostrado que las personas mayores que participan en grupos sociales mantienen una calidad de vida superior a las que están socialmente aisladas, encontrándose correlaciones positivas entre percepción subjetiva del bienestar y estilo de vida activo (Krzemien, 2001). Altos niveles de participación social se asocian con menores niveles de suicidio, mejor salud física, menor mortalidad y mayores niveles de bienestar psicológico (Beck y Page, 1988). Pero la participación social no sólo se refiere a los estilos de vida de cada persona, también está estrechamente ligada al lugar que la sociedad asigna a quien envejece, es decir, a la imagen social de la vejez (Monchietti, 2001), que en las sociedades occidentales suele ser negativa y se expresa en representaciones de dependencia, pasividad, enfermedad, deterioro, carga o ruptura social (CEPAL, 2003 b), situación que afecta directamente la posibilidad de participación de las personas durante su vejez.

La participación igualitaria como miembro de una sociedad es la expresión individual de la cohesión social (Ravanera y Fernando, 2001), y varía durante el ciclo vital. Por participación equitativa se entiende, por una parte, la oportunidad de gozar de los bienes económicos, culturales y sociales logrados por el avance global de las sociedades y la civilización en general y, por otra, la oportunidad de aportar a su desarrollo a través de actividades productivas y ser valorado y reconocido por ello.

Indicadores de las fuentes de apoyo social en la vejez

Las redes sociales surgen en todos los ámbitos de la vida social: en la política, en las escuelas, en los ámbitos laborales, en las familias, por mencionar sólo algunos espacios. Existen para hombres y mujeres en diferentes etapas de su vida, pero para cada grupo social las redes tienen características diferentes y pueden ser tantas como la capacidad del investigador de visibilizarlas. Entre las personas mayores, pueden distinguirse las redes familiares (de corresidentes y no corresidentes), las redes no familiares (amigos, vecinos, compañeros de trabajo) y las redes derivadas de la comunidad. Otras redes sociales se construyen a partir de cada una de las anteriores con instituciones públicas gubernamentales y no gubernamentales,

como las iglesias, los ministerios de salud o de desarrollo social a nivel local, las escuelas, entre otras. La tipología que se propone en este documento es la siguiente:

- Redes familiares de apoyo: son las relaciones personales que se establecen al interior del hogar (corresidentes) o fuera de él (no corresidentes) a partir de lazos de parentesco. Se consideran la base de las diferentes redes de apoyo social.

- Redes no familiares de apoyo: son los vínculos personales establecidos con amigos, vecinos, compañeros de trabajo, que pueden ser fundamentales en la provisión de diferentes tipos de ayuda.

- Redes comunitarias: se distinguen de otras redes sociales porque remiten a las colectividades en vez de a individuos o familias. Las redes comunitarias se gestan a través de grupos organizados en un espacio territorial e identitario.

- Redes institucionales: son las relaciones de apoyo que se establecen entre las personas mayores y algunas instituciones gubernamentales y/o no gubernamentales.

Violencia y maltrato contra las personas mayores.

Desde que el maltrato contra las personas mayores fue reconocido como un problema social, en la década de 1980, se ha producido un largo debate sobre su conceptualización, tipología y formas de evitarlo. En la actualidad, la definición más usual es la que lo considera como “un acto único y reiterado, u omisión que causa daño o aflicción y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” (Action on Elder Abuse, 1995). El concepto implica que el daño o aflicción que se le provoca a la persona mayor afecta su bienestar y le impide ejercer su derecho de ser tratada con respeto (Lowick Russell, 2003). Los tipos de maltrato reconocidos incluyen desde el físico y psicológico hasta la explotación económica y el abandono (véase recuadro 11).

La violencia contra las personas mayores debe ser tratada en forma amplia, con una perspectiva de derechos. En general, esta temática ha sido considerada como un asunto meramente individual, lo que ha limitado en buena medida la reflexión en torno a ella. Entender y tratar el maltrato contra las personas mayores como un asunto de derechos humanos (Guzmán y Huenchuan, 2003) amplía la perspectiva de intervención y las responsabilidades de

los gobiernos y sus ciudadanos, porque implica abordarlo desde aristas como la pobreza, la discriminación por edad, los estereotipos negativos y la denigración de las personas mayores.

Debido a su reciente abordaje, en la región todavía no existe un corpus teórico sólido, que permita comprender de forma acabada el fenómeno de la violencia ejercida contra los mayores. Sin embargo, hay algunos hallazgos importantes (CEPAL, 2003b):

- A nivel familiar, dos factores claves subyacen a casi todos los tipos de maltrato: el sexo y la condición socioeconómica. Con frecuencia la víctima es femenina, mayor de 75 años y reside con familiares, mientras que el victimario suele ser un miembro de la familia, un hijo o un adulto responsable de proporcionar el cuidado. La dependencia del victimario aparece como relevante dentro de las situaciones de maltrato en la vejez.
- A nivel comunitario, algunas variables que pueden asociarse al maltrato son aquellas que surgen como consecuencia del proceso de modernización: la pérdida progresiva de funciones, la interdependencia generacional y la erosión de las estructuras familiares tradicionales. Uno de los factores más importantes al respecto es el desplazamiento forzoso, por razones de diferente índole, que provoca en las personas mayores sentimientos de desarraigo y depresión.
- A nivel institucional, una de las formas más visibles del maltrato ocurre en las instituciones de larga estadía (residencias, asilos, etcétera) que no cumplen con estándares de calidad básicos, lo cual redundaría en privaciones de cuidado, pérdida de individualidad, fraude, suicidios, entre otros problemas.

Tipos de maltratos contra personas mayores.

Malos tratos físicos: pueden ser actos únicos o repetidos, o situaciones prolongadas como restricción o confinamiento inapropiados que provoquen dolor o lesiones corporales. Sus consecuencias incluyen indicadores físicos o manifestaciones psicológicas visibles, como una disminución de la movilidad, confusión y otro tipo de alteraciones del comportamiento.

Malos tratos emocionales o psicológicos: se caracterizan por una falta de respeto por la intimidad y las pertenencias de la persona de edad; la falta de consideración de sus deseos; la negación del acceso a sus allegados y la desatención de sus necesidades sociales y de salud.

También incluyen palabras e interacciones que denigran a las personas de edad y que hieren y disminuyen su identidad, dignidad y autoestima. Sus indicadores pueden incluir diversas manifestaciones psicológicas como el miedo, la dificultad para tomar decisiones, la apatía, el aislamiento y la depresión.

Malos tratos materiales o explotación económica: incluyen el uso ilegal o indebido, o la apropiación indebida de la propiedad o las finanzas de una persona de edad; la modificación forzada de su testamento u otros documentos jurídicos; la negación del derecho de acceso y control sobre sus fondos personales, y los timos financieros y otros tipos de fraude.

Abandono: es la falta de acción para atender las necesidades de una persona de edad, y puede manifestarse al no proveer alimentos adecuados, ropa limpia, un lugar seguro y cómodo para vivir y unas buenas condiciones de atención médica e higiene personal; privar a la persona de contactos sociales; no proporcionarle recursos auxiliares cuando los necesita, y no impedir los daños físicos o no prestar la supervisión necesaria. La persona encargada de su cuidado puede no atender a sus necesidades debido a la falta de información, capacidad, interés o recursos. Los indicadores del abandono incluyen una variedad de síntomas de malestar físico como palidez, sequedad de los labios, pérdida de peso, suciedad de la ropa, falta de recursos auxiliares, mala higiene corporal, incontinencia, llagas en la piel y la boca y el deterioro físico y mental. El abandono también puede asociarse con el aislamiento y la sobremedicación.

Autoabandono: consiste en una serie de comportamientos que representan una amenaza para la salud o seguridad de una persona mayor, como un impedimento físico o cognitivo, y que llevan a una capacidad limitada para cuidar de sí mismo o mantenerse en buena salud. La depresión y unas condiciones de vida precarias pueden ser indicadores de autoabandono.

- Las causas que conducen al maltrato son múltiples y complejas. Existe consenso en que ciertas condiciones lo favorecen, entre ellas, el estrés del cuidador o su falta de calificación, la carencia de recursos para atender las necesidades de la víctima y las situaciones de crisis económicas y desempleo.
- El tipo de maltrato más frecuente es el psicológico, expresado en insultos, intimidación, humillación o indiferencia, lo que incide en sentimientos de inseguridad, evasión y refuerzo del aislamiento de las personas mayores.

- Existen importantes diferencias por género. La mayor parte de las víctimas y agresores son mujeres. Esto se debe a que las tareas de cuidado recaen generalmente en manos femeninas y las mujeres mayores tienen más alta probabilidad de necesitar de cuidado debido al deterioro fisiológico que implican sus años de sobrevivencia.
- El maltrato tiene repercusiones personales, sociales y económicas. El maltrato físico de personas mayores puede tener consecuencias graves, debido principalmente a su fragilidad ósea, con períodos de convalecencia más prolongados que pueden derivar en la muerte. Desde una perspectiva social, la consecuencia más grave del maltrato es el aislamiento de la persona mayor, la disminución de su autoestima y los sentimientos de inseguridad, que a la larga favorecen la creación de estereotipos negativos de la vejez. Desde un enfoque económico, se encuentran los gastos que entraña satisfacer una demanda de servicios especializados y entrenamiento de personal para prevenir y atender las situaciones de maltrato. Si se incluyen aquí las pérdidas patrimoniales de las personas mayores, producto del aprovechamiento y despojo de fondos y/o haberes, los costos económicos son aún más altos.

La medición de las formas específicas del maltrato, y en diferentes contextos (micro, medio, macro), es importante para el diseño de programas de prevención, de atención y capacitación, pues da cuenta del tipo de oferta de servicios que se requiere, la calidad de los recursos humanos, la población objetivo de esos programas y las áreas problemáticas que van surgiendo. Los diferenciales en la magnitud del maltrato, según las variables seleccionadas, permiten orientar las medidas preventivas hacia los sectores de personas mayores que viven en situaciones de mayor riesgo. A su vez, posibilitan la identificación de las características de las personas mayores afectadas que son demandantes potenciales de servicios, y la orientación de la oferta de estos de acuerdo con tales características (Lowick Russell, 2003).

El desarrollo social en Cuba

En el proceso de desarrollo ocurren cambios importantes en las condiciones de vida y de bienestar de la población adulta mayor, a partir del nivel de satisfacción de necesidades ya alcanzado y la cota que define que se entiende por *necesidades* dentro de un espacio temporal histórico –concreto. En general existe consenso en que el desarrollo introduce cambios en el nivel de empleo, en las condiciones laborales; en el nivel de ingreso que se percibe y se requiere para el sustento familiar por la vía del consumo; en las condiciones de seguridad y asistencia social que se brindan; introduce cambios en la alimentación y el nivel nutricional de

la población; en las opciones de vestuario y otros bienes materiales; en las condiciones de vivienda, su equipamiento y confort; en el nivel de salud, educación y cultura, etc.

También en el proceso de desarrollo va variando la formación de la sociedad en grupos, capas y clases, que se distinguen por su posición social, vinculada fuertemente a su relación respecto a la propiedad sobre los medios de producción y su papel en la división social del trabajo, con un fuerte condicionamiento de estas transformaciones al sistema sociopolítico imperante y al desarrollo de la base económica.

Por último, y no con menor importancia, en el desarrollo se van transformando las ideas y concepciones sociales tanto comunes como teóricas, su manifestación a través de las formas de actividad humana, esto es la cantidad y calidad de la participación económica, política y social de esta población envejecida, sus patrones demográficos, de consumo, como se utiliza el tiempo libre, entre otros comportamientos, así como se transforman otras características de las relaciones sociales.

Por consiguiente, valorar el desarrollo social en periodo implica estudiar cuanto y en que dirección han cambiado los principales indicadores que reflejan las condiciones de vida y de bienestar de la población adulta mayor, cuanto ha variado la estructura social y el grado de equidad en la distribución, y como se ha transformado la conciencia social, grupal e individual.

Los nexos entre la economía y el desarrollo social desbordan el simple hecho de la dependencia de recursos de lo social respecto a lo económico. Así, los cambios en la estructura económica propios del proceso de desarrollo van induciendo cambios en rasgos sociales como el grado de urbanización, los tipos de actividad económica, y los conocimientos y hábitos laborales necesarios, entre otros.

Anexo H. Índice de envejecimiento

Título: ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO. 1970, 1990 Y 2007

Año anuario: 2007

Clasificación: Datos Demográficos

Provincias	1970	1990	2007
Pinar del Río	0.194	0.451	0.798
La Habana	0.318	0.666	0.885
Ciudad Habana	0.385	0.769	1.108
Matanzas	0.296	0.647	0.943
Villa Clara	0.287	0.724	1.132
Cienfuegos	0.264	0.605	0.894
Sancti Spíritus	0.270	0.648	1.026
Ciego de Ávila	0.298	0.546	0.848
Camagüey	0.260	0.485	0.862
Las Tunas	0.163	0.370	0.775
Holguín	0.164	0.411	0.814
Granma	0.125	0.335	0.710
Santiago de Cuba	0.167	0.350	0.742
Guantánamo	0.139	0.301	0.598
Isla de la Juventud	0.146	0.219	0.583
Total	0.242	0.523	0.883

Fuente: ONE. Anuarios Demográficos de Cuba.

Año 2007: Fuente: ONE 2006. Cuba. Proyección de la Población. Nivel Nacional y Provincial. Período 2007-2025.

Nota: Relación entre el número de personas de 60 años y más y el número de niños y jóvenes menores de 15 años.

Anexo I: Proporción de adultos mayores

PROPORCIÓN DE ADULTOS MAYORES DE 80 AÑOS EN LA POBLACIÓN TOTAL. 1970,1990 Y 2007

Año anuario: 2007

Clasificación: Datos Demográficos

Provincias	1970	1990	2007
Pinar del Río	0.5	1.4	2.3
La Habana	0.7	1.7	2.7
Ciudad Habana	0.8	1.8	3.0
Matanzas	0.8	1.7	2.7
Villa Clara	0.8	1.9	3.6
Cienfuegos	0.8	1.7	2.8
Sancti Spíritus	0.8	1.7	3.2
Ciego de Ávila	0.8	1.8	3.2
Camagüey	0.7	1.5	2.6
Las Tunas	0.6	1.2	2.3
Holguín	0.6	1.4	2.4
Granma	0.6	1.1	2.2
Santiago de Cuba	0.6	1.1	2.1
Guantánamo	0.5	1.1	2.0
Isla de la Juventud	0.3	0.6	1.2
Total	0.7	1.5	2.6

Fuente: ONE. Anuarios Demográficos de Cuba.

Año 2007: Fuente: ONE 2006. Cuba. Proyección de la Población. Nivel Nacional y Provincial. Período 2007-2025.