



ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación del subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor en Mantua

Evaluation of the subprograms for the Community Care of the Elderly in Mantua

Yuraimy Piña Moreno^{1*} <http://orcid.org/0000-0001-9242-617X>
Carmen Delia Cordero Otero¹ <https://orcid.org/0000-0001-9774-0272>
Osniel Rodríguez Lemus¹ <https://orcid.org/0000-0002-1780-1192>
Alexis Izquierdo Izquierdo¹ <https://orcid.org/0000-0002-9981-4754>
Andys Regino Vega Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0001-9089-0673>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Policlínico Universitario Juan Bruno Zayas Alfonso. Mantua, Cuba.

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

Recibido: 25 de abril 2019
Aceptado: 20 de junio 2019
Publicado: 1 de julio 2019

Citar como: Piña Moreno Y, Cordero Otero CD; Rodríguez Lemus O, Izquierdo Izquierdo A, Vega Pérez AR. Evaluación del subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor en Mantua. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado: fecha de acceso]; 23(4): 501-512. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4046>

RESUMEN

Introducción: la evaluación de los programas en la Atención Primaria de Salud permite medir el impacto real de su aplicación, y surge como instrumento de perfección y desarrollo.

Objetivo: mostrar los resultados de la evaluación del subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor, en el Policlínico Principal de Urgencias Dr. Juan Bruno Zayas, de Mantua, en el año 2017.

Métodos: se realizó una Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, de tipo observacional y analítica, el universo del estudio lo constituyeron las 4 648 personas de 60 años y más, que fueron atendidas, así como todos los médicos y enfermeras de los 27 Consultorios Médicos de



la Familia; con un total de 53 prestadores. Para la selección de la muestra de los gerontes se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, a razón de ocho por consultorio hasta seleccionar 216 adultos mayores, a los cuales se les aplicó una encuesta para evaluar el nivel de satisfacción. A los prestadores se les aplicó otra encuesta diseñada con el mismo objetivo. Se utilizaron los indicadores de actividades, resultados establecidos en el subprograma y los estándares correspondientes del programa.

Resultados: los tres componentes del subprograma resultaron evaluados de no satisfactorios. La mayoría de sus índices trazadores no alcanzaron los estándares deseados.

Conclusiones: se evaluó el subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor, en el municipio de Mantua, lo que evidenció deficiencias en su ejecución, así como poca disponibilidad de literatura sobre el mismo.

DeCS: ANCIANO; ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD; EVALUACIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE SALUD; INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA; ENVEJECIMIENTO.

ABSTRACT

Introduction: the evaluation of programs in Primary Health Care allows measuring the true impact of their application and arises as an instrument of accuracy and development.

Objective: to show the results of the evaluation of the subprogram for the Community Care of the elderly at Dr. Juan Bruno Zayas Main Emergency Polyclinic in Mantua during 2017.

Methods: an observational and analytical Research on Health Systems and Services was carried out. The target group of the study was comprised of 4648 people 60 years of age and older who were attended, as well as all the doctors and nurses of the 27 Family Physician Offices, with a total of 53 providers. For the selection of the sample of geronts, a simple random probability sampling was used, at a rate of eight per clinic until 216 old people were chosen, to whom a survey was applied to evaluate the level of satisfaction. Providers were given another survey designed for the same purpose. The indicators of activities, results established in the subprogram and the corresponding program standards were applied.

Results: the three components of the subprograms were evaluated as unsatisfactory. Most of its tracer indicators of hospital management did not meet the desired standards.

Conclusions: the subprogram of community care to the elderly was evaluated in the municipality of Mantua, which evidenced deficiencies in its implementation, as well as limited availability of medical literature concerning this topic.

MeSH: AGED; COMPREHENSIVE HEALTH CARE; PROGRAM EVALUATION; INDICATORS OF QUALITY OF LIFE; AGING

INTRODUCCIÓN

El 20,1 % de los cubanos tienen más de 60 años, esto induce a pensar que, para el 2025 la cifra ronde el 25 % y una expectativa de vida al nacer global de 75 años. El nivel de reproducción de la población es bajo, en el 2017 disminuyó el número de nacimientos en 1 901 con respecto al 2016, la tasa de natalidad fue de 10,2 nacidos vivos por 1 000 habitantes, y decreció en un 1,9 % respecto al año anterior. La tasa de fecundidad general fue de 43,0 nacidos vivos por 1 000 mujeres de 15 a 49 años.⁽¹⁾



El envejecimiento poblacional es uno de los mayores logros que la humanidad ha alcanzado en la contemporaneidad, pero el incremento en el número de personas ancianas impone un impostergable reto para las políticas y estrategias en salud, en aras de satisfacer sus necesidades y brindar la posibilidad de vivir con calidad de vida. ⁽²⁾

La población de América Latina y el Caribe (ALC), envejece a un ritmo acelerado. Según estimaciones de las Naciones Unidas, se proyecta que la población mayor de 60 años en la región, pase de un nivel actual del 11 % al 25 % en un lapso de 35 años, casi la mitad de tiempo de lo que tardó Europa en recorrer el mismo camino. ⁽³⁾

Cuba se encuentra entre los países más envejecidos de América Latina, se estima que en dos décadas ocupe el primer lugar a nivel regional.

En el 2017, la Provincia de Pinar del Río tuvo una población longeva del 19,4 con pronóstico al incremento, por lo que las demandas de atención y servicios de las personas de la tercera edad, ocupan un problema actual en el territorio, lo que impone el estudio de la repercusión en el sector salud, sus programas y servicios. ^(4,5)

Mantua es un municipio que no escapa al comportamiento generalizado que muestra el país. De una población total que tiene el municipio de 24 461 habitantes, 4 648 son mayores de 60 años, esto representa el 19 % del total de población.

El programa del adulto mayor en Cuba, plantea los nuevos conceptos gerontológicos con la participación activa del médico y la enfermera, en un trabajo colectivo con la participación de la comunidad y la familia, donde el protagonista es el adulto mayor; se desarrollan las alternativas de atención con una mayor participación de la comunidad y el equipo de salud. Este programa surgió en 1974, y es aplicable a todos los niveles de atención, que incluye no solo salud, sino también la seguridad social, deporte, cultura y legislación. ⁽⁶⁾

Después del surgimiento de la Medicina General Integral como especialidad médica en 1984, e implementado el Programa del Médico y Enfermera de la Familia mejora de forma sustancial, la atención del adulto mayor, con el enfoque clínico y agrega los aspectos referidos a los Programas de Seguridad y Asistencia Social. Este programa sufre un nuevo enfoque en 1996, con la creación del llamado Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG), para la atención de los gerontes en la APS (Atención Primaria de Salud), integrado por médico, enfermera, psicólogo y trabajador social.

En el año 1995, el programa se había reestructurado en tres subprogramas: atención en la comunidad, en los hospitales y en las instituciones. Su objetivo: brindar una atención integral a la población de la tercera edad, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud, cada vez más crecientes, dado el volumen de efectivos poblacionales de esta edad. Hay que considerar al adulto mayor como una persona integral, en un contexto holístico, con necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales propias, por lo que el enfoque de la atención también debe ser integrador. ⁽⁶⁾



Una de las maneras de hacer salud pública es la Evaluación de Programas, basada en evidencias, la cual sirve para determinar su continuidad, mejorar su desempeño, añadir o suprimir algunas actividades, asignar recursos, generar conocimiento, y replicar el programa en otros lugares y contextos.⁽⁷⁾

Un programa de salud consiste en una serie de actividades coherentes, organizadas e integradas, destinadas a alcanzar objetivos concretos y definidos con anterioridad, encaminados a mejorar el estado de salud de una población determinada. El análisis y la evaluación son aspectos fundamentales al diseñar un programa de salud. Estos aspectos permitirán realizar las revisiones y los ajustes necesarios al programa, a la vez que indica a los decisores si el programa en cuestión funciona y cumple los objetivos para los cuales fue diseñado. Las herramientas fundamentales en la evaluación de un programa son los criterios y los indicadores.⁽⁷⁾

La evaluación táctica de un programa se enfoca en establecer si la consecución de objetivos (resultados), idoneidad de actividades (procesos), y adecuación de recursos (estructura), se cumplen; es importante contrastar estos criterios e indicadores con otros de tipo cualitativos a través de triangulación de diferentes fuentes de datos.⁽⁸⁾

Adentrarse en la evaluación de un programa conlleva conocer, en opinión de los usuarios, el grado de accesibilidad a los programas de salud pública, la comunicación, cortesía, competencia profesional, capacidad de respuesta, seguridad, o tangibilidad de los servicios ofrecidos. También implica conocer en las memorias, anuarios y en la opinión de directivos y profesionales, elementos de la gestión del programa como la organización interna, las directrices, estrategias de capacitación, los sistemas de información y registro, la continuidad de la atención, la formación de los profesionales o la motivación e incentivación.^(8,9)

Nápoles Mirabal M,⁽⁸⁾ refiere que puede realizarse evaluación de programas, tanto a través de investigación de impacto como del análisis de indicadores; estos últimos son más interés para este estudio. Al respecto dicha autora comenta, que debe evitarse la sumisión fetichista a los indicadores, sobre todo cuando estos se usan para la fijación de metas numéricas, al tener tales metas con el único objetivo de colocar un programa en un marco medible. Dentro de las posibilidades de evaluación por indicadores, puede utilizarse la opción de indicadores trazadores. Este tipo de evaluación no se basa en investigaciones sino en sistemas de información que suministran datos. La evaluación por indicadores es la que posibilita un mayor acercamiento a la realidad, independientemente de utilizar métodos cualitativos a la hora de establecer un resultado final de impacto.

El objetivo de esta investigación es evaluar la ejecución del subprograma comunitario de Atención al Adulto Mayor en la Atención Primaria de salud (APS) en cuanto a estructura, proceso y resultados, en el municipio de Mantua de la provincia Pinar del Río, en el año 2017.

MÉTODOS

Se realizó una Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS), de tipo observacional y analítica, para evaluar el subprograma de Atención al Adulto Mayor, en el municipio Mantua, en el año 2017.



El universo de estudio lo constituyeron las 4 648 personas mayores de 60 años, atendidas en el Policlínico Principal de Urgencias Juan Bruno Zayas Alfonso, del municipio Mantua, así como todos los médicos y enfermeras de los 27 CMF. El total de prestadores fue de 53.

Para la selección de los adultos mayores que participaron en el estudio, se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, y se seleccionaron 216 historias clínicas, ocho de cada uno de los CMF de todo el municipio. La técnica de muestreo aplicada para la evaluación de los prestadores fue la de muestreo probabilístico sistemático. Para la evaluación de la satisfacción de usuarios, se decidió utilizar la encuesta pertinente a la totalidad de adultos mayores representantes de la muestra seleccionada. La satisfacción de los prestadores se realizó con la aplicación de una encuesta a los 26 médicos y 27 enfermeras, de los equipos básicos de salud, la discordancia mostrada se debe a la existencia en esta área de salud, de un CMF atípico pues solo cuenta con Licenciada en Enfermería, debido a la baja densidad poblacional.

Se trabajó con los indicadores de actividades y resultados establecidos en el subprograma y los estándares correspondientes, a partir de los documentos normativos del programa. Se diseñaron escalas cualitativas ordinales para la evaluación de los indicadores, que incluyen las categorías: Bien (El 80 % y más de los indicadores evaluados de bien.), Regular (Entre el 60-79 % de los indicadores evaluados de bien.) y mal (Menos del 60 % de los indicadores evaluados de bien) en las tres dimensiones.

La evaluación final del subprograma se consideró a partir de la evaluación del programa, en su organización a nivel del consultorio y policlínico, con una periodicidad mensual y anual de la siguiente manera:

Bien: Si dos o más de sus dimensiones resultaron evaluadas de bien y ninguna de mal.

Regular: Si dos o más de sus dimensiones resultaron evaluadas de regular y ninguna de mal, o dos de sus dimensiones evaluadas de bien y una de mal

Mal: Si dos o más de sus dimensiones resultaron evaluadas de mal.

Por último, la satisfacción de usuarios del programa con respecto a este, se midió mediante un cuestionario, para lo cual se estableció la siguiente escala de evaluación: Cada pregunta del acápite satisfacción (4), del cuestionario tuvo un valor de 25 puntos, lo cual hizo un total de 100 puntos. Se consideró como satisfechos aquellos con una evaluación de 75 puntos o más en la evaluación final. De igual forma, se evaluó la satisfacción de los prestadores del programa (ver anexos) en sus preguntas de la 4 a la 11, para lo cual se estableció la siguiente escala de evaluación: Cada pregunta del acápite satisfacción del cuestionario tuvo un valor de 12,5 puntos, lo cual hizo un total de 100 puntos. Se consideraron satisfechos aquellos que obtuvieron 75 puntos o más en la evaluación final.

RESULTADOS

En este trabajo fueron analizados un total de 29 indicadores: siete indicadores de estructura (24 %), 11 indicadores de proceso y 11 indicadores de resultados, con un 38 % para cada uno.



Tabla 1: Evaluación de recursos humanos y materiales en la dimensión Estructura. Policlínico Principal de Urgencias Juan Bruno Zayas. Mantua 2017.

Indicador	Estándar	#	% Cumplimiento
Disponibilidad de los recursos humanos en los Grupos Básicos de Trabajo(GBT)	B	27	100
Número de casas de abuelos	R	2	66,6
Capacitación de los recursos humanos	M	18	66
Condiciones en los locales de atención	R	22	81
Recursos necesarios para el trabajo	M	9	33
Centros diurnos de rehabilitación	B	3	100

Los indicadores más desfavorables fueron la capacitación de los recursos humanos y la existencia de los recursos materiales para la ejecución del programa, ambos evaluados de mal (tabla 1).

Tabla 2: Resultados de la evaluación del subprograma de atención al Adulto Mayor a nivel comunitario en la dimensión Proceso.

Indicador	Estándar	#	% Cumplimiento
Dispensarización	R	186	93
EPS (examen periódico de salud) Anual	R	174	80,5
Elementos del EPS	M	154	71,2
Vacunación	B	216	100
Interconsulta	B	216	100
Adultos mayores incorporados a los círculos de abuelo	B	132	61
Evaluación multidimensional	M	0	0
Completamiento de Las Casas de Abuelos	R	38	76
Capacitación de los (equipos básicos de salud) EBS en los cuidados al final de la vida	R	24	88,8
Incrementos de las escuelas de cuidadores formales y no formales en el cuidado de la demencia y al final de la vida	B	6	100
Perfeccionamiento de la atención estomatológica	B	181	83



Casi la totalidad de los indicadores de funcionamiento (tabla 2), fueron evaluados de Bien o Regular, incidieron de forma negativa dos indicadores: la calidad de los EPS y la evaluación multidimensional, con un 71,2 % y 0 % de cumplimiento. Acerca de la calidad de los elementos del EPS, se evidenció la mayor cantidad de problemas en la confección y aplicación de la escala geriátrica de evaluación funcional (EGEF), la cual ha estado incompleta o inexistente. La evaluación multidimensional ha estado casi inexistente, en nueva entrevista con el Vicedirector de Asistencia Médica se supo la ausencia de personal especializado; en especial geriatras y gerontólogos, lo que ha hecho imposible el cumplimiento de la atención integral al anciano frágil y en estado de necesidad. Por lo que no se cumple la necesaria evaluación e intervención geriátrica, y coordinación de respuestas intra y extra sectoriales.

Tabla 3: Evaluación de los resultados del subprograma de atención al adulto mayor a nivel comunitario en la dimensión Resultados.

Indicador	Estándar	Cumplimiento
Tasa de mortalidad general	B	31,1
Tasa mortalidad específica por diarreas	B	0
Tasa mortalidad específica por Infecciones respiratorias agudas (IRA)	M	2,6
Tasa mortalidad específica por Tuberculosis (TB)	B	0
Tasa mortalidad específica por suicidio	M	4,1
Tasa de mortalidad específica por accidentes	B	4,1
Tasa de morbilidad por diarrea	M	320
Tasa de morbilidad por IRA	B	3260
Tasa de morbilidad por TB	B	0,21
Control periódico y monitoreo del cumplimiento de las actividades del programa	M	0,2
Se incluye en el (análisis de la situación de salud) ASIS	R	86 %

Cuatro indicadores fueron evaluados como deficientes (tabla 3), lo que demostró claras deficiencias en el sub-programa del municipio, lo que trae como consecuencia sus resultados. La tasa de mortalidad específica por IRA con 2,6, estuvo alejada del 1,1 deseado, la mortalidad específica por suicidio, alejada del esperado 2,9. Se conocía que el suicidio, sobre todo en hombres, constituye un problema de salud en el municipio, con prevalencia en algunas regiones en que la presencia de complejos factores socio-culturales favorece la ocurrencia del mismo. Influyó de forma negativa la morbilidad por diarreas, que aunque se evaluó como Mal, solo es ligeramente superior al valor de referencia.



Es imprescindible mencionar que no se realizaba control mensual al cumplimiento de las actividades del sub-programa, a pesar de ser un programa priorizado solo contó con supervisión directa en el 86 % de las ocasiones planificadas. Según el Vicedirector de Asistencia Médica, a pesar de que los grupos básicos de trabajo están completos, la fluctuación casi constante del personal, incluido el jefe de grupo básico y la enfermera supervisora, lastran la sistematicidad con que deben realizarse los controles al cumplimiento de los programas priorizados y no solo del subprograma comunitario del adulto mayor.

Tabla 4: Satisfacción de usuarios con los servicios del PAIAMC según criterio y cumplimiento.

Criterio	Resultado		Estándar %	Cumplimiento
	#	%	%	
Trato personal	216	100	100	Sí
Información sobre las medidas educativas a cumplir en el hogar	92	42,5	80	No
Incorporación a los Círculos de Abuelos en la comunidad o en el CMF.	132	61,1	50	Sí
Información adecuada ejecución del programa	48	22,2	50	No

Las principales insatisfacciones fueron de tipo informativas, no se registró nada relacionado con recursos humanos o materiales. Esto demuestra la falta de información acerca de la etapa del ciclo vital que viven los gerontes.

Tabla 5: Satisfacción de prestadores del PAIAMC según criterio y cumplimiento.

Criterio	Resultado		Estándar (%)	Cumplimiento
	#	%		
Capacitación para Ejercer el PAIAMC en el CMF.	40	75,4	100	No
Satisfacción con la organización del trabajo en el CMF con el PAIAMC.	16	30,1	70	No
Disponibilidad de recursos para realizar el PAIAMC.	23	43,3	50	No
Acceso a los Documentos normativos.	30	56,6	100	No
Satisfacción de las condiciones de trabajo para el PAIAMC.	39	73,6	100	No
Disponibilidad de tiempo para la ejecución del PAIAMC.	17	32,0	90	No
Satisfacción de forma general con la institución en relación con el PAIAMC.	19	35,8	80	No



En el caso de los prestadores, la mayoría refieren el exceso de documentación y de trabajo burocrático, así como la cantidad excesiva de población que atienden muchos de los EBS, lo cual lastra la ejecución de programas percibidos como “no priorizados”, ejemplo el PAIAMC.

DISCUSIÓN

Autores como Godoy del Llano A,⁽⁹⁾ en estudios estructurados similares a este, ya había advertido acerca de la poca disponibilidad de literatura existente acerca del tema en cuestión; enfatiza sobre la importancia de la aparición de mayor volumen de información, y avala investigaciones como esta. El mismo autor, en un extenso análisis del subprograma en dos policlínicos del municipio Pinar del Río, obtuvo resultados muy similares a los obtenidos en esta investigación, al evaluar la dimensión estructura. Encontró que los indicadores más deficientes resultaron ser la capacitación de los recursos humanos y la baja disponibilidad de recursos para la ejecución del programa.

Según el último Anuario Estadístico Nacional,⁽¹⁰⁾ durante el año 2017 la tasa de mortalidad global para la población mayor de 65 años fue de 49,0 por cada 1 000 habitantes de este grupo etario, cifra muy similar a la de Pinar del Río, que rondó los 45,4 fallecidos por cada 1 000 longevos de 65 y más años de edad. La mortalidad en los mayores de 60 años por infecciones respiratorias agudas, cifras representadas en su mayor por ciento, por la influenza y la neumonía en todas sus formas, fue de 783 fallecidos por cada 100 000, lo que contrasta con la mortalidad por Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA); que en el país no sobrepasa el valor de 1,8. En la provincia de Pinar del Río la tasa es de 1,0 x 100 000 habitantes, expresión inequívoca del grado de desarrollo social y de los servicios de salud alcanzados. En cuanto a comportamiento de la morbilidad, se obtuvo que para mayores de 65 años la tasa de morbilidad por TB no sobrepasa el valor de 6,9 por cada 100 000, la de EDA, en el caso de 60 a 64 años, fue 16,1 por cada 1 000 y 18,8 para mayores de 65 años. Comportamiento diferente presentó la tasa de morbilidad por IRA, la cual fue de 424 en los ancianos menores de 65 años y de 402 para los mayores de 65 años.

Una causa frecuente de mortalidad en este grupo de edad son los accidentes. La tasa de mortalidad por accidentes en hombres de 60 a 79 años, fue de 86,5 x 100 000 y en mujeres de 60 a 79 años, fue de 55,4 x 100 000, del grupo de más de 80 años, fue de 426,6 x 100 000 mujeres; en los hombres, para el grupo de edad de más de 80 años, la tasa fue de 66,8 x 100 000. Las caídas accidentales representan la mayoría de los casos en este grupo de edad, en el caso de los hombres la tasa de fallecidos por caídas para el grupo de edad de 60 a 79 años fue de 40x100 000 hombres y para mayores de 80 años fue de 426,2 x 100 000. En el caso de las mujeres del grupo de 60 a 79 años, la tasa de fallecidas por caídas accidentales fue de 31 x 100 000, y del grupo de más de 80 años fue de 459,4 x 100 000. ⁽¹⁰⁾

Miranda Guerra A J,⁽¹¹⁾ encontró en su trabajo un incremento de los indicadores de las enfermedades transmisibles como las IRA y las EDA, lo mismo le sucedió al analizar el caso de los accidentes, donde hubo un incremento en las fracturas de cadera producto a las caídas accidentales, sin embargo, y a diferencia de la presente investigación, este autor observó estabilidad en la tasa de suicidio respecto a años anteriores.



La misma autora demostró los problemas existentes por la inadecuada capacitación de los recursos humanos. Encontró en un área de salud del municipio Playa, La Habana, que del 100 % de médicos y enfermeros encuestados, en ninguno de los dos grupos se alcanzaron los estándares valorados como aceptables. De las 22 enfermeras solo el 72,7 % alcanzó más de 70 puntos en el test aplicado, resultado superior al grupo médico que apenas alcanzó el 45,4 %.

Álvarez Lauzarique M E,⁽¹²⁾ en una evaluación realizada a 100 historias clínicas de 10 CMF del policlínico Luis Pasteur del municipio 10 de Octubre, Ciudad de la Habana, identificó dentro de las categorías que alcanzaron el valor estándar para clasificar como Bien, la Dispensarización con el 95% de la planificación de las interconsultas; en lo que respecta a las categorías de Realización de examen periódico y Escala geriátrica para la evaluación funcional, solo clasificaron como bien el 54 % de los CMF; resultado menor que el de este estudio (85 %). Se obtuvo además, que la vacunación no alcanzó el estándar, con un 78 %, y destaca como resultado negativo la remisión al Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica (EMAG), el cual reflejó un escaso 12 % de consultorios con categoría de Bien.

Algunos autores ^(5, 9,10) coinciden en que se alcanzan buenos estándares en lo que a vacunación respecta. Miranda Guerra A J,⁽¹¹⁾ mostró una calidad aceptable de la vacunación del Toxoide Tetánico, en la población adulta mayor, con un cumplimiento del 98,30 %; supone que tan alto nivel de cumplimiento en la administración de la Vacuna esté dado por un adecuado sistema de vigilancia y control, llevado a cabo por los EBS, en especial, por el personal de enfermería, además de la disponibilidad de la vacuna todo el año.

La salud bucal es parte integrante de la salud general, Rodríguez Ávila E,⁽¹³⁾ reveló alta y variada prevalencia de factores de riesgo para enfermedad bucal en la población geriátrica. Con mayor representatividad, se encontraron problemas con la calidad del agua, antecedentes de caries dentales, consumo de alimentos azucarados, la deficiente higiene bucal y el hábito de fumar, condicionados, entre otras razones, por el modo y estilo de vida de los adultos mayores.

Ramos Domínguez BN⁽¹⁴⁾ y Domínguez M y Col,⁽¹⁵⁾ enfatizaron en la sobrecarga asistencial, así como el exceso de población que atienden en los EBS. Se advierte sobre la disminución de la calidad del proceso asistencial como resultado de los factores mencionados. ⁽¹⁵⁾

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe ningún tipo de conflicto de interés

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sistema de Información Estadística Nacional de Demografía. Oficina Nacional de Estadística e Información. La Habana; 2018. Disponible en: <http://www.one.cu/aec2017/03%20Poblacion.pdf>



2. Villafuerte Reinante J, Alonso Abatt Y, Alonso Vila Y, Alcaide Guardado Y, Leyva Betancourt I, Arteaga Cuéllar Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. Medisur [Internet]. 2017 Feb [citado 26/02/2018]; 15(1): [aprox. 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100012&lng=es
3. Naciones Unidas, División de Población. The 2017 Revision of World Population Prospects. Disponible en: <https://esa.un.org/unpd/wpp/>
4. Betancourt Llanes C. Carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2007 [Citado 10/10/2018]; 23(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300006
5. Godoy del Llano A, Casanova Moreno M de la C, Álvarez Lauzarique ME, Oliva González Y, Rodríguez Hernández N. Evaluación del subprograma de atención comunitaria al adulto mayor en el municipio Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [citado 28/02/2018]; 22(4): [aprox. 11p.]. Disponible en: www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3544
6. Ministerio de Salud Pública. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. La Habana: MINSAP; 2005.
7. Vea Bayarre HD, Alvarez Lauzarique ME, Marrero Días JC. Instrumento para la evaluación del proceso de atención al adulto mayor en el consultorio del médico y enfermera de la familia. Revista Cubana de Medicina General Integral. [Internet]. 2016 [Citado 10/10/2018]; 32(1): [aprox. 10p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000100004
8. Mirabal Nápoles M, Rodríguez Sánchez J. Modelo teórico para la evaluación de impacto en programas de Salud Pública. Humanidades Médicas [Internet]. 2012 [Citado 10/10/2018]; 12(2): [aprox. 16p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200002
9. Godoy del Llano A. Evaluación del Sub-Programa de Atención Comunitaria al Adulto Mayor en el municipio de Pinar del Río. Municipio Pinar del Río, 2016. [Tesis] ENSAP, La Habana, Cuba; 2017.
10. Anuario estadístico 2017. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas en Salud. La Habana; 2018. Disponible en: <http://www.one.cu/aec2017/19%20Salud%20Publica.pdf>
11. Miranda Guerra AJ, Hernández Vergel LL, Rodríguez Cabrera A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] jul.-sep. 2009 [citado 20/03/2018]; 25(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300003



12. Alvarez Lauzarique ME, Rocha Rosabal M, Bayarre Vea HD, Almenares Hernández K. Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Dic [citado 04/04/2019]; 30(4): [aprox. 20p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000400001&lng=es.
13. Águila Rodríguez E, Cardoso Mena A, Llano Cabrera S. Salud bucal en el adulto mayor. Acta Médica del Centro [Internet]. 2016 [citado 04/04/2019]; 10(4). Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/767/1010>
14. Ramos Domínguez BN. Control de calidad de la atención en salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. Disponible en: http://files.sld.cu/scap/files/2012/01/control_calidad.pdf
15. Milhet Domínguez P, Pérez Prada EE, Mihet Domínguez A. III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana – CIMF X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud, Versión virtual, Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Satisfacción de prestadores y usuarios con el manejo sindrómico del flujo vaginal. [Internet] Guantánamo; 2012 [Actualizado 2012; citado 10/12/2018]. Disponible en: <http://cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/viewFile/55/33>

