

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



TRABAJO DE GRADO
**FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA RESISTENCIA DE LA POBLACIÓN
GERIÁTRICA AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD
COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA DE GUARNECIA,
MUNICIPIO DE TEXISTEPEQUE, SANTA ANA, DURANTE LOS MESES DE
MAYO A AGOSTO DEL 2020**

PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTOR(A) EN MEDICINA

PRESENTADO POR
**MAURICIO MIGUEL MEDRANO GARCÍA
LIDIA VERÓNICA SALINAS DE HERNÁNDEZ
EMILIO ANTONIO SORIANO VALLE**

DOCENTE ASESOR
DOCTORA MARÍA ELENA GARCÍA DE ROJAS
OCTUBRE DE 2020
SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



M. Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR

DR. RAUL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ
VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL
SECRETARIO GENERAL

LICDO. LUIS ANTONIO MEJÍA LIPE
DEFENSOR DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES



M. Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

DECANO

M. Ed. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA

VICEDECANA

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

SECRETARIO

DR. NELSON EMILIO MONTES REYES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AGRADECIMIENTOS

Justamente, al final de una larga lucha de sacrificios y esfuerzos, donde la ciencia y el conocimiento de tantas personas, crearon en mí el médico que pretendo ser, puedo agradecer infinitamente a Dios por permitirme en este momento de mi vida ser capaz de dar por finalizada esta etapa de mi formación e iniciar las siguientes hasta mi muerte. El Eterno jamás abandonó mi caminar y jamás permitió que desfalleciera. Gracias Dios.

Mis padres, porque nunca me dejaron derrotado, me apoyaron al extremo y esforzaron a no rendirme y entregarme a las manos de la providencia Divina, de mi juicio y mi criterio, de mi esfuerzo y lucha tenaz. Sus consejos siempre estuvieron a la orden del día y en definitiva creyeron en mí. Millón de gracias.

A mi hijo, Carlos Shmuel Medrano Romano (Q.E.P.D.) que cada momento de su existencia animó mi vida como padre, maestro y médico. Su vida era el motor que movió mi carrera y, su memoria me movió firmemente a luchar por mi conocimiento.

A nuestro asesor de tesis, Dra. María Elena García de Rojas, por brindarme su apoyo incondicional en todo largo de mi carrera, supo ser siempre médica, maestra y madre en toda mi formación.

A tantas y tantos que inmenso es el listado, a quienes debo agradecerles infinitamente porque siendo profesores, maestros, compañeros y pacientes: compartieron sus conocimientos, sus vivencias, sus consejos, su amistad y apoyo, donde me guiaron en tan noble y sacrificada carrera, ejerciendo en mí una luz para animarme siempre a ser el médico que cada día quiero ser.

MAURICIO MIGUEL MEDRANO GARCÍA.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a Dios, por guiarme en el camino y fortalecerme espiritualmente para empezar un camino lleno de éxito.

Así, quiero mostrar mi gratitud a todas aquellas personas que estuvieron presentes en la realización de esta meta, de este sueño que es tan importante para mí, agradecer todas sus ayudas, sus palabras motivadoras, sus conocimientos, sus consejos y su dedicación.

Muestro mis más sinceros agradecimientos a mi asesor de tesis, quien con su conocimiento y su guía fue una pieza clave para que pudiera desarrollar una clave de hechos que fueron imprescindibles para cada etapa de desarrollo del trabajo.

A mis compañeros, quienes a través de tiempo fuimos fortaleciendo una amistad y creando una familia, muchas gracias por toda su colaboración, por convivir todo este tiempo conmigo, por compartir experiencias, alegrías, frustraciones, llantos, tristezas, peleas, celebraciones y múltiples factores que ayudaron a que hoy seamos como una familia, por aportarme confianza y por crecer juntos en este proyecto, muchas gracias.

Por último, quiero agradecer a la base de todo, a mi familia, en especial a mis hijos, esposo, padres y suegros, que quienes con sus consejos fueron el motor de arranque y mi constante motivación, muchas gracias por su paciencia y comprensión, y sobre todo por su amor.

¡Muchas gracias por todo!

LIDIA VERÓNICA SALINAS DE HERNÁNDEZ

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme en su infinita misericordia realizar aquello que desde niño dije que haría y termine haciendo.

A mis padres y a mi hermano, por apoyarme en cada situación sin protestar, por siempre estar ahí para mí.

A nuestra asesora de tesis, y a todos aquellos médicos que contribuyeron a mi formación, sobre todo a los que nunca perdieron la empatía de ponerse en el lugar del estudiante.

A todas las personas que brindaron palabras sinceras de apoyo y admiración durante la carrera.

A JVRC, gracias por todo.

EMILIO ANTONIO SORIANO VALLE

“El Amor es la cura más poderosa que podemos aplicar cada día a nuestros pacientes, que nace en el seno de un corazón lleno de misericordia, una mente llena de conocimiento, y solo a través de ejercicio médico.”

EN MEMORIA DE:

DR. CARLOS DAVID ESCOBAR CONTRERAS

DR. LUIS ERNESTO POLANCO

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
JUSTIFICACIÓN	17
1.2. OBJETIVOS	19
1.1.1 OBJETIVO GENERAL	19
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
1.3. ALCANCES	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	22
2.1 MARCO TEORICO	22
ANTECEDENTES	22
GUARNECIA	22
HISTORIA DE GUARNECIA	23
GOBERNACIÓN EN GUARNECIA	24
ADMINISTRACIÓN DE GUARNECIA	25
CULTURA EN GUARNECIA	25
TURISMO EN GUARNECIA	26
UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR DE GUARNECIA	26
USUARIOS ACTIVOS EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR	27
2.1.1 CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS ADULTOS MAYORES	28
2.1.1.1 CONCEPTOS	28
2.1.1.2 CARACTERÍSTICAS CLINICAS DE LA ADULTEZ MAYOR	31

2.1.2 LA CRISIS DEL CUIDADO	38
2.1.3 LA VEJEZ Y EL SECTOR SALUD	43
2.1.4 EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	44
2.2 MARCO REFERENCIAL	47
2.2.1 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL CONTINENTE EUROPEO	47
2.2.2 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL CONTINENTE AFRICANO	49
2.2.3 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN ASIA	52
2.3.4 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LAS AMÉRICAS	56
2.2.5 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL SALVADOR	64
2.2.6 MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR Y ADULTO MAYOR	67
2.2.7 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN SANTA ANA, EL SALVADOR	70
2.2.8 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA ADULTA MAYOR	72
2.2.9 MARCO NORMATIVO JURIDICO INTERNACIONAL	77
2.2.10 MARCO NORMATIVO JURIDICO DE EL SALVADOR	78
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	82
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	82
HIPÓTESIS	82
3.1.1. TIPO DE ESTUDIO	82
3.1.2. UNIVERSO	83
3.1.3. GRUPO SELECCIONADO.....	84
3.1.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	84
3.1.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	85
3.1.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	86
3.1.5. TRABAJO DE CAMPO.....	87

3.1.6. PLAN DE ANÁLISIS:.....	88
3.1.7. TABULACIÓN DE DATOS:.....	89
3.1.8.2 CONSIDERACIONES ETICAS DE LA INVESTIGACION	89
3.1.9 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	90
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	93
4.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS	93
CONCLUSIONES	118
RECOMENDACIONES	122
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	125
ANEXOS	129

INDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. GÉNERO DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS.....	93
GRÁFICA 2. EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS	94
GRÁFICA 3. RELIGIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS	95
GRÁFICA 4. ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS ..	96
GRÁFICA 5. EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS.....	97
GRÁFICA 6. ESTATUS LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS	98
GRÁFICA 7. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED ESTUVO EMPLEADO?	100
GRÁFICA 8. ¿UTILIZA USTED ALGÚN MEDIO DE TRANSPORTE?	102
GRÁFICA 9. ¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMA EN LLEGAR?	102
GRÁFICA 10. ¿VIVE CERCA DE LA UCSFI GUARNECIA?	104
GRÁFICA 11. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE CONSULTÓ?	105
GRÁFICA 12. ¿ESTÁ USTED INFORMADO SOBRE EL PROGRAMA?	106
GRÁFICA 13. ¿ACTUALMENTE ESTÁ UD. INVOLUCRADO EN ALGÚN PROGRAMA?	108
GRÁFICA 14. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES CONSIDERA QUE AFECTAN EN LA FALTA DE CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA?	110
GRÁFICA 15. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES CONSIDERA QUE AFECTAN EN LA FALTA DE PARTICIPACIÓN AL PROGRAMA?	112
GRÁFICA 16. ¿DE SER INVITADO PARTICIPARÍA ACTIVAMENTE DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA?	114
GRÁFICA 17. ¿CUÁL ELEMENTO CREE QUE SERÍA ÚTIL PARA PODER INCREMENTAR EL INVOLUCRAMIENTO EN EL PROGRAMA ?	116

INDICE DE TABLAS

TABLA 1.. INDICE DE ENVEJECIMIENTO EN EUROPA 1975 A 2050	49
TABLA 2. INDICE DEL ENVEJECIMIENTO EN AFRICA DE 1975 A 2050.....	50
TABLA 3. INDICE DEL ENVEJECIMIENTO EN EL ASIA DE 1975 AL 2050	52
TABLA 4. INDICE DEL ENVEJECIMIENTO EN LAS AMÉRICAS.....	57
TABLA 5. GÉNERO DE LOS USUARIOS ENCUESTADOS.....	93
TABLA 6. EDAD DE LOS USUARIOS ENCUESTADOS	94
TABLA 7. RELIGIÓN DE LOS USUARIOS ENCUESTADOS	95
TABLA 8. ESTADO CIVIL DE LOS USUARIOS ENCUESTADOS.....	96
TABLA 9. NIVEL DE EDUCACION DE LOS USUARIOS ENCUESTADOS.....	97
TABLA 10. ESTATUS LABORAL DE LOS USUARIOS ENCUESTADOS	98
TABLA 11. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED ESTUVO EMPLEADO?	99
TABLA 12. ¿UTILIZA USTED ALGÚN MEDIO DE TRANSPORTE PARA TRASLADARSE?	101
TABLA 13. ¿VIVE CERCA DE LA UCSFI DE GUARNECIA?	103
TABLA 14. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE CONSULTÓ?	105
TABLA 15. ¿ESTÁ USTED INFORMADO SOBRE EL PROGRAMA?	106
TABLA 16. ¿ACTUALMENTE ESTÁ USTED INVOLUCRADO EN EL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR?	107
TABLA 17. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES CONSIDERA QUE AFECTAN EN LA FALTA DE CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN DEL PROGRAMA?	109
TABLA 18. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES CONSIDERA QUE AFECTAN EN LA FALTA DE PARTICIPACIÓN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR?	111
TABLA 19. ¿DE SER INVITADO, USTED PARTICIPARÍA DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA?	114
TABLA 20. ¿CUÁL ELEMENTO CREE QUE SERÍA ÚTIL PARA ANIMAR AL MAYOR INVOLUCRAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS INTRINSECAS POR EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR?	115

RESUMEN EJECUTIVO

En el presente estudio se abordó mediante el instrumento construido en base a un sistema de preguntas cerradas con opción de única y/o múltiple opción, la apreciación de la población geriátrica del Caserío de Guarnecia (y sus alrededores) de Texistepeque, sobre los diversos factores que intervienen en la resistencia de dicha población a integrarse y participar en el programa del adulto mayor de la unidad comunitaria de salud familiar intermedia de Guarnecia, destacando los principales objetivos de la investigación los cuales son describir los diversos factores locales o regionales, cuantificando aquellos que son comunes de la población geriátrica a participar en el programa del adulto mayor, así como analizar los elementos que determinan la apatía a involucrarse a los mismos y proponer de manera teórica las diversas reformas específicas y necesarias a los actuales lineamientos del adulto mayor que determinen aquellas soluciones viables a las problemáticas detectadas en este sector poblacional.

Se contó con una muestra de 21 personas los cuales cumplieron con criterios específicos tanto para Hombres y Mujeres del Caserío de Guarnecia en el estrato de edad geriátrica, los cuales que están habitando en el área geográfica de influencia (AGI), que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia de Guarnecia y se aplicó a cada persona el instrumento de investigación tanto aquellos que fueron captados durante las consultas de control como a través de la teleconferencia.

Esta información obtenida permitió obtener hallazgos importantes entre los cuales se logran destacar que la mayoría conocen sobre el programa del adulto mayor, una buena parte no asiste al programa del adulto mayor, que muchos informan de no existir afiches u otras información dentro de las instalaciones sobre el programa, que la situación económica y la falta de tiempo condicionan a la no asistencia al programa y que recomiendan que en dichas reuniones deberían brindar consultas médicas y acceso de transporte para los usuarios.

INTRODUCCIÓN

La Persona Adulta Mayor en la república de El Salvador, representa un segmento muy importante, desde el aspecto histórico y cultural, que siendo personas que en el pasado con su trabajo rindieron muchos frutos a su familia, a la sociedad y al Estado mismo, por tanto, merecen que se les brinde un entorno propicio y favorable que les permita vivir dignamente al lado de sus familiares.

Es importante mencionar que una de las razones que motivo el desarrollo de la presente investigación, fue el hecho de que actualmente a las Personas Adultas Mayores se les ha dejado en el olvido, pese a nuevas legislaciones nacionales, el auge de una normativa internacional que busque defender y propiciar sus derechos, así como programas como el del adulto mayor que pretende no solo velar por su bienestar físico y psicológico, sino también propiciar beneficios económicos, por parte del Estado, la familia y la sociedad, actualmente se mantienen aquellos estigmas sociales que los convierte en el centro de un desinterés por el valor que merecen, a pesar de encontrarse obligados en velar por la protección de dicho sector constitucionalmente y a través de las leyes secundarias, es imprescindible que se cree conciencia e interés en las generaciones jóvenes de hoy en día.

Los Adultos Mayores necesitan ser tratados con respeto y cariño, por parte de su familia, los miembros de la sociedad y el Estado, ya que, diariamente se enfrentan ante situaciones sutiles o abiertas de maltrato, así como siendo uno de los sectores más vulnerables a toda clase de patologías y más aún, en el advenimiento y permanencia de un estado de emergencia epidémica nacional ante el SARS-COVID-19, volviéndose esta situación más difícil, porque la realización constante de estas acciones conllevan a que estas personas sean víctima de maltrato físico por parte de sus familiares más cercanos.

La concepción de integralidad del ser humano, los derechos humanos y la relevancia del conocimiento de las características y necesidades de la población

adulta mayor constituyen elementos de trascendencia para la prestación de servicios integrales que redunden en una mejor calidad de vida de dicha población. En la república de el salvador, para el año 2019, según el sistema DIGESTYC, la población de adulto mayor arriba de 60 años representa el 11.22% (745,874 personas) de la población total, reconociendo pues a este sector histórica y socialmente abandonado de los programas de salud, el ministerio de salud establece un programa en beneficio de dicha población.

En el primer nivel de atención en salud, existen programas en beneficio de la población arriba desde los sesenta años, conocida como programa de atención integral del adulto mayor, que es mandatorio de toda unidad de salud independiente el grado de especialidad de la misma. el objetivo de dicho programa no solo consiste en inscribir y dar controles a la población adulta del territorio de cada centro de salud, sino en generar el ambiente propicio para evaluar de manera integral al paciente, detectar patologías propias de la edad, su cronicidad, la prevención de las enfermedades comunes de la población general y un ambiente propicio para el acompañamiento multidisciplinario del mismo.

A partir de la experiencia clínica observada por parte del personal de dichas unidades de salud, se ha evidenciado un déficit, no solo en la inscripción, sino que incluso en los controles sucedáneos del paciente geriátrico que participa en los programas de adulto mayor que se desarrollan en la unidad de salud. debido a esa problemática, parece necesario investigar qué factores intervienen directa o indirecta en la población geriátrica en la renuencia a participar de dicho programa.

Se pretende, a través de esta investigación, contabilizar, describir y analizar los diversos factores que intervienen para que la población geriátrica no participe de forma activa en el programa de adulto mayor que son ejecutados en las unidades de salud, como parte de la atención integral e integradora que ejecuta el primer nivel de atención de salud.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La historia nos describe en numerosas épocas y latitudes, que era sumamente difícil llegar a la vejez; dicha posibilidad se consideraba como un privilegio de las clases económicamente superiores y hablaba de la fortaleza y del vigor de los que la lograban, por lo que la vejez fue considerada como una etapa de la vida rica en experiencia y sabiduría, por lo que se respetaba a los ancianos.

El adulto mayor es un término que se atribuye a las personas que han llegado a la edad cronológica de 60 años en las mujeres y hombres; edad avanzada es una de las diferentes formas de llamar a las personas que han llegado a la vejez, ancianidad, y por tanto a la jubilación. El hecho de llegar a esta etapa de la vida tiende a ocasionar en la mayoría de personas cambios en su desarrollo físico, social, económico y en su vida laboral; todos estos cambios contribuyen a que se produzca un menoscabo en su salud mental.

Como ya se mencionó anteriormente el adulto mayor sufre una diversidad de cambios pero uno de los que produce consecuencias que afectan más fuertemente su estabilidad emocional es el retiro laboral ya que después de jubilarse comienza a sentirse improductivos; inactivos, experimentan sentimientos de inutilidad, se ven discriminados socialmente, sienten que se vuelven una carga para su familia, se enferman frecuentemente, ingieren gran cantidad de medicamentos etc. debido a esta serie de sentimientos negativos que el retiro laboral genera es muy frecuente que algunos de los adultos mayores fallezcan poco tiempo después de su jubilación.

Con el propósito de ayudar a los adultos mayores a adaptarse a su nuevo estilo de vida y así lograr una mejor calidad de esta, surge del Ministerio de Salud el Programa para la atención integral e integrada del adulto mayor, donde en una serie de actividades dedicadas a la atención exclusiva de esta población, ofrecen

programas de atención encaminados a proteger el bienestar físico, psicológico y social del adulto mayor, por medio de actividades culturales, talleres, manualidades, atención médica, orientación psicológica, etc. Todas estas actividades tienen como finalidad ayudar a los adultos mayores a eliminar su tiempo de ocio y que continúen siendo funcionales después de su retiro laboral tanto físico, psicológico y socialmente. Para lograr mantener y crear en caso de que no exista calidad de vida, que conlleva a un bienestar integral.

Dentro de la atención física que el MINSAL brinda se encuentra: el control nutricional, auto cuidado, y cuando cuentan con el beneficio los pacientes son atendidos en el ISSS. En el área psicológica se imparte orientación en temas de relaciones interpersonales, autoestima, depresión, estrés, aceptación en el grupo y en casos especiales atención terapéutica. En el área social se presentan actividades como manualidades, talleres, espiritualidad, entre otros.

Pero aún con toda esta atención brindada por las instituciones de salud a los adultos mayores continúan experimentando problemas de salud física, emocional y social y no se ven sustancialmente atraídos a los beneficios de estos programas; por lo que surgen las interrogantes: ¿Por qué el adulto mayor siente apatía hacia el programa que busca ofrecerle soluciones integrales

JUSTIFICACIÓN

Existe, durante el proceso individual de consulta de usuarios del primer nivel de atención en salud, una variada gama de opiniones sobre los servicios y la calidad de prestación de servicios que el sistema de Salud pública, semipública y privada brinda a la población, y de ello se desprende diversas experiencias por las cuales el sector geriátrico es el que, en gran medida sufre vejaciones en diversas esferas de la realidad social, sin dejar aislado de ese fenómeno al sector salud.

Sin embargo, la normativa ministerial es clara sobre el modelo de atención integral para la persona adulta mayor, que debe ser administrados por los proveedores de salud y que expone los siguientes elementos:

- I. Promoción y educación para un envejecimiento activo y saludable.
- II. Aseguramiento de la calidad de atención
- III. Coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial
- IV. Fortalecimiento de la atención en la rehabilitación Geriátrica.
- V. Formación del recurso humano e investigación.

De los cuales hay ciertos vacíos no teóricos en los mismos, más bien, son pragmáticos ante diversos factores que intervienen en la efectividad de inserción del programa en las comunidades donde se encuentran ubicadas los diversos centros de provisión de servicios de salud, entre ellos, aquellos factores que son por parte del personal de salud, otros del sistema sociocultural de las poblaciones y otros factores meramente propios e individuales del usuario.

Existen datos estadísticos que sostienen que solo en el primer nivel de atención en salud, la pirámide poblacional se inclina a un ensanchamiento de la población adulta, pero decrece la franja de adulto mayor debido a que mayoritariamente la población consultante es niños, jóvenes y adulto joven, mientras la población geriátrica ha reducido la consulta debido a impedimentos de diversa índole no solo en unidades de salud urbanas sino también rurales.

Debido al problema observado de franco abandono de la población adulta mayor por encima de otros programas de salud pública que son prioritarios para el MINSAL (programa materno infantil y AIEPI) y frente al reducido número de asistencia versus adultos mayores inscritos en el programa de atención integral del adulto mayor en las diversas unidades de salud (básicas, intermedias o especializadas), y pese a que nadie en El Salvador ha analizado, de manera directa, sobre dicho fenómeno,

se requiere investigar, cuáles son los diversos factores existentes en la población geriátrica a fomentar el desistir de participar en dicho programa en cuestión

1.2. OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

Investigar los Factores que Intervienen en la resistencia de la población geriátrica al Programa del Adulto Mayor de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Guarnevia, municipio de Texistepeque, Santa Ana, durante los meses de Mayo a Agosto Del 2020.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar si la accesibilidad geográfica a nivel local, regional y nacional de la población geriátrica afectan en la no participación en el programa de adulto mayor.
- 2.- Corroborar si las enfermedades crónicas y/o degenerativas y sus complicaciones, favorecen la no participación en el programa del adulto mayor
- 3.- Verificar si la falta de capacitación del personal de salud involucrado en el programa y la manera en cómo lo aplican en el usuario, influye en la apatía de la población geriátrica a involucrarse en el programa del adulto mayor.

4.- Constatar si la falta de conocimiento de las actividades del programa para la atención integral del adulto mayor hace que sean rechazadas idiosincráticamente por la población geriátrica.

1.3. ALCANCES

El presente trabajo de investigación abarcó, a través de una muestra representativa poblacional, a toda la población geriátrica que reside en el Caserío Guarnevia, en Texistepeque, Santa Ana, para lograr lo siguiente:

- Conocer el perfil sociocultural en el que se desarrolla la población adulta mayor, es decir, conocer todos los factores que inciden a la resistencia de la población geriátrica a participar del programa de adulto mayor, que promueve el sistema de salud de El Salvador.
- Con este trabajo de investigación no solo se pretendió, conocer los principales factores que inciden en la resistencia de la población geriátrica a participar del programa de adulto mayor, sino también que fuese la pauta para la formulación de soluciones a esta problemática, es decir ser instrumento capaz de brindar soluciones que sean viables para su implementación en el sistema de salud básica.
- Este trabajo de investigación, abarcó únicamente el área geográfica de influencia de la unidad comunitaria de salud familiar básica Guarnevia, del municipio de Texistepeque.
- Con ello se esperó brindar información veraz y precisa sobre los diversos factores que influyen en la resistencia del adulto mayor a la asistencia y participación del programa de Adulto mayor y que, al conocerlas, nos ayude

a disminuir la incidencia de las mismas y comprometa a mejor participación de este sector de población de usuarios al programa antes descrito.

- Además de esto se buscó crear un estudio situacional capaz de reconocer los diversos factores, buscarles la solución teórica y práctica y de esta manera formular las correspondientes soluciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

GUARNECIA

El Caserío Guarnecia, es uno de los 10 caseríos que pertenecen al cantón El Jute, pertenecientes a su vez al municipio de Texistepeque, en el departamento de Santa Ana (ver Fig. 1). Limita al norte con el municipio de Masahuat, al este con el municipio de Nueva concepción, departamento de Chalatenango, al oeste con los caseríos Los Jobsos y Agua caliente, y al sur con los caseríos Bado de Arena y Taxicobad, todos pertenecientes al mismo cantón (ver Fig.2). El caserío Guarnecia se encuentra aproximadamente a 78.2 Km de la Capital San Salvador, a 8.6 km del casco urbano de Texistepeque, y a 11 km de la ciudad de Santa Ana. Se eleva a 406 metros sobre el nivel del mar.

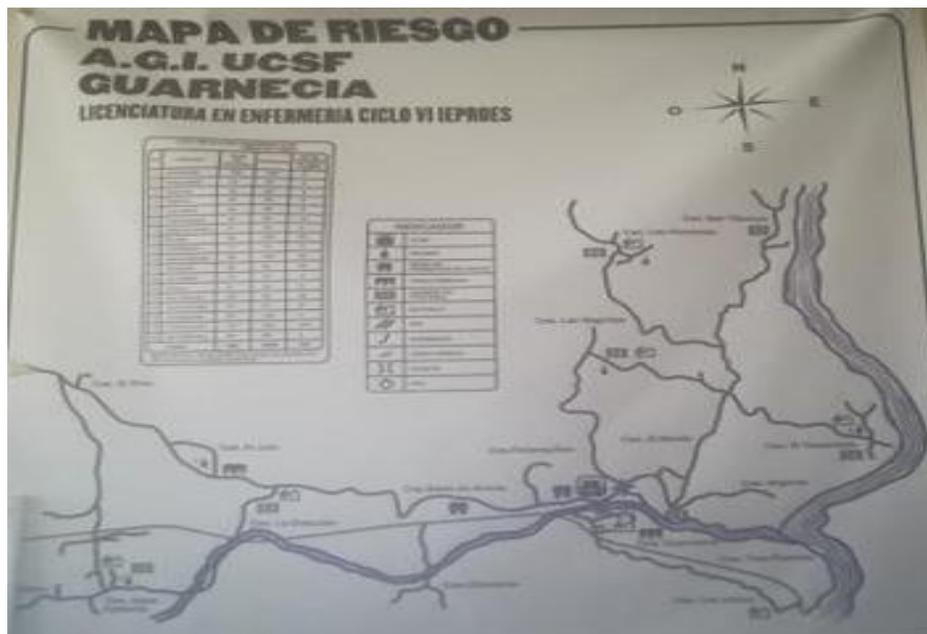


Fig. 1: Imagen del A.G.I. de la UCSF de Guarnecia. Cortesía de integrantes del ciclo VI de la licenciatura en enfermería de IEPROES, Santa Ana.



Fig. 2: Imagen actualizada del A.G.I. de la UCSF de Guarnecia y su mapa de riesgo. Cortesía de coordinación de UCSF de Guarnecia.

HISTORIA DE GUARNECIA

No existen datos verídicos sobre la fecha de fundación del caserío, según historiadores del lugar, después de la pos independencia, el territorio de Texistepeque formo parte del departamento de Sonsonate, y posteriormente al departamento de Santa Ana, el cual tenía una población de 45 indios y algunos mulatos que eran soldados de la compañía militar de la ciudad de Santa Ana.

Debido a la escasez de vivienda y a algunos desastres naturales acaecidos durante la época, siendo el único documento que constata esta información un informe del 6 de septiembre del entonces gobernador Don Tomás Medina, el cual reza en uno de sus párrafos "A causa de la suma escasez de fondos no les ha sido posible emprender ninguna obra material; pero se han compuesto formalmente los caminos, según han informado."

A raíz de lo anterior muchas poblaciones indígenas emigraron a las zonas aledañas, estableciéndose en el árido terreno que caracteriza la zona. A comienzos del año 1900, e impulsados por el desarrollo del café y la industria textil, la alcaldía de Texistepeque realiza un ordenamiento de su territorio, el cual hasta la fecha se divide en 6 cantones y 78 caseríos, muchos de ellos ya nombrados por los lugareños y otros sometidos a concurso público.

Es así, como se puede estimar que la fundación del caserío Guarnecia, se dio alrededor de 1900 a 1910. Sin embargo, no fue reconocido como comunidad hasta 1966, año del cual se tiene el primer registro de una organización comunitaria. Sobre el caserío pasa la antigua línea férrea que recorría todo el país, la cual según historiadores del lugar era el punto donde las personas guardaban sus productos los comercializaban, era el lugar de la “guarnecia”, de ahí su nombre.

GOBERNACIÓN EN GUARNECIA

Por ser parte del municipio de Texistepeque, el caserío está gobernado por la alcaldía del mismo municipio, siendo su actual alcalde el ingeniero aeroespacial José Dimas Aguilar Mejía, por el Partido de Conciliación Nacional (PCN).

Es, sin embargo, para el año 2000 que se logra formar la primera ADESCO de Guarnecia, siendo su actual presidente el Sr. Juan Carlos Vega; esta Asociación se encarga de gestionar todas aquellas actividades comunitarias, como lo son campañas de limpieza, colocación de basureros, velar por la integridad de los espacios físicos y zonas verdes, organizar las festividades patronales, etc.

ADMINISTRACIÓN DE GUARNECIA

El caserío tiene una extensión aproximada de 45 kilómetros cuadrados, con una población de 2382 habitantes, dividida en 114 casas, de los cuales 1123 son hombres y 1259 son mujeres según datos del DYGESTIC para el año 2020.

Con respecto al desarrollo socioeconómico, la principal actividad de la zona es la agricultura, principalmente por la producción de maíz, frijol y maicillo, seguido por la crianza de ganado bovino y aves de corral (y sus derivados). La porcicultura es limitada y no integra el rubro de comercialización directa.

CULTURA EN GUARNECIA

La mayoría de habitantes se caracteriza por tener baja escolaridad (menos del 10% alcanza el noveno grado) lo cual es un factor determinante en el nivel cultural de la población. Existe aún un gran porcentaje poblacional de deserción escolar con miras a la migración urbana por factores laborales o para emigrar hacia los Estados Unidos de América. Entre la población adulta mayor en la categoría de analfabetismo, muchos no participan o actúan reacios antes los intentos estatales de alfabetización. La mayoría es de origen mestiza, y es muy limitada su memoria histórica, tanto étnica como genealógica.

Según su afiliación religiosa la mayoría de la población profesa el cristianismo, denominación Católica Romana, seguida en proporción menor por el cristianismo protestante y otros movimientos religiosos mucho más reducido en número (mormones, testigos de Jehová, etc.).

Las fiestas patronales del caserío son en honor al Señor Jesús de la Divina Misericordia y se celebran entre los días del 21 al 24 del mes de febrero, limitándose

a las celebraciones litúrgicas, ventas de alimentos típicos, alborada con quema de pólvora.

El principal centro de estudios es el Centro Escolar Dr. Carlos Antonio Herrera Rebollo, el cual oferta niveles académicos desde primero a noveno grado. El resto de estudios de bachillerato se realizan en su mayoría en institutos públicos de la ciudad de Texistepeque, Metapán o Santa Ana, respectivamente.

TURISMO EN GUARNECIA

Debido al árido territorio, dominado por el calor, polvo y piedras en su mayoría, el caserío Guarnecia no cuenta con ningún centro turístico. Sin embargo, y de manera informal, el río Iempa se constituye como el principal lugar donde se reúne la población a realizar esparcimiento y ocio familiar y grupal, entre otras actividades al aire libre, lo cual también atrae a habitantes de zonas aledañas y de otros municipios, sitio denominado “La Poza del Oso”. Además, se encuentra una vieja estación de tren abandonada, justo por la vía ferroviaria antigua.

El caserío Guarnecia no cuenta con cabildos, ni monumentos históricos ni arqueológicos; no existen colonias, barrios ni urbanizaciones. Las actividades turísticas se derivan a los centros turísticos que se encuentran fuera de la zona en especial hacia Metapán, Santa Ana o el litoral salvadoreño.

UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR DE GUARNECIA

La Unidad de Salud Comunitaria de Guarnecia, como espacio físico, data desde el año 1956, siendo el inmueble propiedad de una señora cuyo nombre real se ha perdido y actualmente se mantiene desconocido, la cual, con poder adquisitivo en aquel entonces, lo utilizaba como vivienda.

Para el año 1978, el Ministerio de Salud amplía su cobertura inaugurando nuevas “casas de salud”, con énfasis en las zonas rurales, dada la necesidad de contar con un centro de salud en la zona, el inmueble es donado al MINSAL y adecuado para la conformación de lo que hoy en día es la unidad de salud familiar de Guarnevia.

Hasta el año 2006, la unidad fue dotada con equipo de atención odontológica completo y contratación de odontólogo, por lo que pasa a ser una unidad de salud categoría Intermedia; en ese mismo año, administrativamente la unidad recibe solamente a Médicos en servicio Social, el cual funge como director y consultante del establecimiento.

En la actualidad, hasta la fecha, dicho centro de salud cuenta con 9 personas integrantes del personal de salud, a saber: 1 Médico, 1 Odontólogo, 1 enfermera, 3 promotores de salud, 1 inspector de saneamiento ambiental, 1 estadístico y 1 encargado de farmacia y limpieza. El área de responsabilidad es el Cantón el Jute, compuesto por 11 caseríos. No cuenta con ecos, ni casas de salud a su responsabilidad.

USUARIOS ACTIVOS EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

El caserío de Guarnevia cuenta con una población de aproximadamente 293 adultos mayores, de los cuales 93 tienen de 60 a 64 años, 75 de 65 a 69 años, 58 de 70 a 74 años, 37 de 75 a 79 años y 50 de los cuales tienen más de 80 años. De los aproximadamente 293 individuos, solo 35 están inscritos en el programa del adulto mayor.

Las patologías crónicas más frecuentes en este grupo poblacional son la Diabetes Mellitus tipo 2 no insulino dependiente, la Hipertensión arterial crónica, dislipidemias y dermatosis. En el programa de veteranos de guerra están inscritos únicamente 6 adultos mayores.

2.1.1 CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS ADULTOS MAYORES

2.1.1.1 CONCEPTOS

En la actualidad muchos autores coinciden en sostener que el término de vejez es un término relativo y complejo de intentar definir, primeramente “relativo” por cuanto resulta difícil establecer un punto de corte cronológico que delimite en definitiva el final de la edad adulta y el principio de la adultez mayor, ya que desde que uno nace, se enfrenta a un constante envejecer, extendiéndose este proceso biológico, en una forma gradual e irreversible hasta el final de la vida natural del ser humano, estando tal situación está caracterizada por la manifestación de cambios en la capacidad física y psíquica, provocados por factores internos y externos, que sin duda son los que influyen en la aceleración o aparición de tales cambios.

Por tal motivo resulta erróneo realizar una definición de la vejez en la que únicamente se considere los cambios corporales ya que quedaría incompleta sino se tomara en cuenta también otros aspectos como lo son los psicológicos, sociales y cronológicos. En segunda medida, se dice que es “compleja de definir” porque éste término puede ser referido a fenómenos distintos según sea el tipo de enfoque o tratamiento científico, político o profesional que se le brinde; por ejemplo, para la Medicina “el proceso de envejecimiento se concreta en una serie de transformaciones del organismo que modifican su estado de salud y que van limitando sus capacidades físicas y psíquicas”, entonces, para ella, la vejez está referida al paso del tiempo, al desgaste, en síntesis está relacionada a la transformación degenerativa.

Para el ámbito de las Ciencias Sociales, el proceso de envejecimiento “se mide a través de los cambios de actitudes y de capacidades de los seres humanos, que se producen en razón de sus edades tanto biológicas como cronológicas, siendo

estas a las que se les presta más atención, por cuanto tiene carácter oficial, es decir implicaciones legales” en cuanto a la perspectiva Económica tal proceso de envejecimiento “se relaciona sobre todo con las modificaciones de la relación entre población económicamente activa y población dependiente”.

Lo anterior genera un poco de confusión ya que tales definiciones son en sí mismas ciertas, porque dicen algo que se verifica en la realidad, pero también pueden volverse falsas cuando se emplean como si expresaran la totalidad de la vejez. La solución no puede ser otra, que la de interpretar a la vejez a través de una visión que sea suficientemente global como para expresar su totalidad tal como lo señala Jacques Laforest, por lo que la definición que más se aproxima a dar cumplimiento a lo anterior es la que el mismo nos brinda la cual es: *“La vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social”*.

Abordado este primer problema se tiene que afrontar otro, igual o más complejo, el cual está relacionado a la confusión de términos que existe para nombrar a aquellos que han llegado a las puertas de la sexta década de existencia, pues sin darse cuenta la gran mayoría suele llamarles indistintamente ancianos, viejos, senectos, longevos, seniles, adultos mayores o personas de tercera edad a tal población. Por lo que es necesario preguntarse ¿Cuál es la forma correcta de llamarles? para lo cual es necesario que se defina cada uno de tales términos.

- **Senectud:** Conforme a la biología del envejecimiento, este concepto consiste en el conjunto de procesos biológicos, que condicionan el deterioro de células, tejidos y órganos. Para Ignatz Nascher (padre de la geriatría), es una etapa de la vida en la que se producen cambios fisiológicos orgánicos y psíquicos propios de estos periodos y durante ellos las enfermedades adquieren caracteres especiales.

Este vocablo viene siendo utilizado con mucha frecuencia en el medio geriátrico y gerontológico latinoamericano. El término en mención guarda raíces históricas,

cuando en el senatus romano es un signo de sabiduría, de la experiencia, integrándose el senado romano por las personas de la mayor valía, conocimientos, prudencia, etc.

- **Ancianidad:** Se refiere al último período de la vida ordinaria del hombre.
- **Senilidad:** refiérase al estado de deterioro mental que experimenta la persona de edad avanzada; otros simplemente dicen que es la perteneciente a los viejos o a la vejez.
- **Longevidad:** Proviene del latín *longaevitas*, significando vida larga. En cuanto al concepto de la longevidad, se entiende como la edad en años que por término medio puede esperar vivir una persona.
- **Envejecimiento:** Según la teoría de la falla del marcapasos cerebral, la gente envejece conforme a los muchos cambios en el funcionamiento del cuerpo, debidos a un deterioro de capacidades del organismo para mantener la homeostasis, por medio del control endocrino y cerebral.

Este concepto está basado en la citada teoría y en la que el envejecimiento parece ser causado por una falla en la regulación de producción de hormonas, que a su vez es causa de deterioro de los procesos corporales. Por otro lado, también es definido como el proceso que da inicio precisamente a la última etapa en la existencia del individuo, componiéndose a su vez de distintas etapas con manifestaciones muy variadas en la personalidad del sujeto.

- **Tercera Edad:** No se tiene el dato acerca de donde proviene el vocablo, pero si quienes lo inventaron, lo dirigieron a los ancianos, según Ángel Salas Alfaro (1990) la tercera edad es la que se vive siendo adulto, partiendo por supuesto de la niñez, como primera; la adolescencia, como la segunda; después la adultez como la tercera y como cuarta, estaría la vejez.

Considera como probable que los médicos y psicólogos comprendan en la tercera fase de existencia vital, la de adulto y la de senectud, lo cual a su vez le parece inadecuado mezclar la edad adulta con el período de la ancianidad o del envejecimiento.

➤ **Senescencia:** es un adjetivo que se refiere a la persona “que comienza a hacerse viejo”. Entonces el término se aplica a alguien que inicia una vejez; sólo que sea alguien que se empieza a hacerse viejito, pero que todavía no está plenamente viejo.

2.1.1.2 CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ADULTEZ MAYOR.

Para la legislación salvadoreña “se entiende por adulto mayor los que hubieren cumplido sesenta años de edad o más. En caso de duda se presumirá que una persona es adulto mayor”. La ancianidad es una etapa más de la vida, para la que debe prepararse todo ser humano con el objeto de vivirla de la mejor manera, por tal razón resulta conveniente dejar establecida cuales son las características tanto físicas como emocionales comunes de todo aquel que alcanza los sesenta años en adelante.

En cuanto a las características físicas propias de los adultos mayores, se puede decir que estas, están íntimamente relacionados con los diversos “achaques” o enfermedades que van surgiendo con el paso del tiempo, (específicamente alrededor de los 60-65, lo cual curiosamente coincide con la jubilación) y que van atacando a los órganos que a continuación se mencionan:

- ✓ Arrugas en las manos y en la cara: En la piel del anciano se alteran zonas de hiperpigmentación con zonas de pérdida de color natural. Existe una atrofia histológica de las glándulas sudoríparas y de los folículos pilosos. Esta circunstancia conllevará una disminución en la capacidad de producir sudor, por lo que el anciano

tendrá más dificultades para mantener constante la temperatura corporal cuando ésta tenga tendencia a ascender, por ejemplo, al realizar ejercicio físico.

La piel pierde también elasticidad con el paso de los años. Ello es debido a la degeneración del soporte de colágeno, a la pérdida de fibras elásticas y a la deshidratación. Las uñas se volverán más frágiles y disminuirán su velocidad de crecimiento. El pelo perderá el pigmento natural, caerá con más facilidad y aparecerán las canas. flaccidez y demás signos de envejecimiento.

- ✓ Esqueleto y músculo: Con la edad se observará una disminución en la velocidad de contracción muscular y una atrofia de las fibras que componen estos músculos. Habrá, pues, una pérdida de masa muscular total. Tanto la fuerza física como la capacidad de generar trabajo serán menores en los ancianos.

El envejecimiento conlleva, en mayor o menor grado, una pérdida de la mineralización ósea (osteoporosis). Si bien existe una causa intrínseca debido a la propia senescencia, la alimentación incorrecta (aporte insuficiente de calcio y otros nutrientes) y, sobre todo, la falta de ejercicio físico, acelerarán y empeorarán el proceso osteoporótico. Los huesos serán por lo tanto más frágiles y el riesgo de fractura, mucho mayor.

A nivel articular, los cambios degenerativos y la falta de uso supondrán limitaciones para la movilidad. Sin un programa de ejercicio adecuado, es posible que algunas personas presenten disminución de la amplitud del movimiento articular tanto en flexión como en extensión. Ello supondrá una progresiva anquilosis de difícil resolución. La disminución de los movimientos articulares, sobre todo en rodillas y caderas, conducirá a una marcha inestable y, por lo tanto, a un mayor riesgo de caídas.

- ✓ Vista: La pérdida de grasa alrededor del globo ocular hace que el ojo esté más hundido dentro de su cuenca. Disminuirá también la producción de lágrimas. Po un

lado habrá dificultades para una correcta acomodación y al anciano le será difícil fijar la vista en objetos muy cercanos. Es la presbicia, denominada popularmente vista cansada.

En el cristalino pueden aparecer formas de discontinuidad o cataratas que supondrán una opacidad con la consecuente disminución de la visión. La retina está muy vascularizada e inervada. Tanto la degeneración neuronal como los fenómenos arterioescleróticos vasculares, la afectarán favoreciendo la esclerosis retiniana, entre otras lesiones producto de traumatismos o infecciones oculares a lo largo de la vida.

- ✓ Oído: La piel que cubre el conducto auditivo externo se atrofia y sufre una descamación. Esto favorecerá la acumulación del cerumen con lo que en el anciano serán frecuentes los tapones de cera oxidada y la hipoacusia secundaria. Debido a causas múltiples, entre ellas las infecciones a repetición a lo largo de la vida, hay una degeneración de los elementos que componen el oído interno. Se producirá la denominada presbiacusia: el anciano percibe ruidos molestos (acúfenos), disminuye su capacidad de discriminar los sonidos (oye, pero no entiende) y hay una pérdida en la percepción de los sonidos más agudos, que conlleva a la necesidad de elevarles la voz para alcanzar su audición o la disposición de dispositivos externos que le permitan una audición medianamente normal.

- ✓ Olfato y gusto: Con la edad disminuye el número de papilas gustativas y terminaciones olfatorias. El anciano tendrá el umbral para los sabores y olores aumentado. Por eso parece que el anciano se vuelve más goloso y encuentra los alimentos más sosos. Lo que ocurre es para encontrar el mismo sabor necesita más cantidad de dulce y de sal.

- ✓ Aparato Circulatorio: A nivel venoso, con el envejecimiento, se producirá una disminución de la circulación de retorno, debido a la menor fuerza del efecto bomba que ejercen los músculos de las piernas y a la insuficiencia de las válvulas venosas.

Por tanto, aparecerán varices y edemas en los pies y tobillos que aumentarán a medida que avance el día. A nivel de las arterias el enemigo más temible es la arteriosclerosis, tal enfermedad supondrá lesiones en el endotelio vascular, adhesión plaquetaria y la formación de las placas de ateroma. Todo ello conducirá una disminución de la luz arterial y una dificultad para el flujo sanguíneo con repercusión en el órgano irrigado por aquella arteria. Así, la arteriosclerosis tendrá repercusión en todos los órganos y sistemas del organismo, corazón, extremidades inferiores, riñón, cerebro.

- ✓ El Corazón: Habrá una disminución de la contractibilidad de la musculatura cardiaca. En el anciano son frecuentes también los trastornos eléctricos cardíacos con diferentes grados de bloqueo y arritmia. Las válvulas que comunican las distintas cavidades cardiacas se pueden calcificar produciéndose estenosis o insuficiencia valvular.

- ✓ Pulmones: En el sistema respiratorio se producen cambios, debidos al envejecimiento, que son importantes en relación a la actividad física que el anciano puede realizar, con la evidente disminución de la superficie alveolar. Dado que también mengua el área capilar, la superficie total destinada al intercambio de gases durante la respiración será menor.

Las vías aéreas, fundamentalmente los bronquios de pequeño tamaño, tenderán a la obstrucción. Debido a procesos degenerativos a nivel ósteo-articular, la caja torácica se vuelve más rígida. Todos esos cambios tendrán repercusión funcional. Así habrá un menor flujo de aire y una menor adaptación respiratoria al esfuerzo.

- ✓ Tubo Digestivo: La caída de los dientes es un fenómeno común en los ancianos. Los consiguientes problemas masticatorios pueden favorecer que el anciano no pueda consumir determinados alimentos que le son necesarios, por lo que pueden presentarse problemas nutritivos.

El proceso de digestión puede verse dificultado en las primeras fases por la disminución en la producción de la saliva. También pueden contribuir a dificultar la digestión, tanto la disminución en la secreción de jugos ácidos gástricos como el consecuente retraso en el vaciamiento del estómago, fenómenos asociados al envejecimiento. Si bien el intestino delgado no se producen cambios significativos, en el colon se observa una disminución de la motilidad y una tendencia a la atonía. Esta circunstancia ocasionará cambios en el ritmo deposicional y, ocasionalmente, estreñimiento.

- ✓ Hígado y Páncreas: A nivel Hepático, disminuirá el peso global del órgano y el número de células funcionales será menor. También disminuirá la excreción de sales biliares con consecuencias más o menos importantes de cara a la digestión, tales como una menor tolerancia del anciano a las transgresiones dietéticas. Tanto el páncreas endocrino como el exocrino sufrirán cambios en relación al envejecimiento. Gran parte del tejido funcionante será sustituido por tejido fibroso y adiposo con consecuencias tanto para la digestión de los alimentos como en la producción de insulina.

- ✓ Riñones y vías Urinarias: La cantidad de sangre que lleva a los riñones disminuya hasta en un 50%. Disminuirá también la capacidad de filtración. En los hombres es frecuente la hipertrofia benigna de la próstata (HPB) que producirá disminución de la fuerza del chorro y, en casos extremos, imposibilidad para orinar. En cambio, en las mujeres, dado que la uretra es de menor longitud, es más frecuente la incontinencia urinaria, el descenso vesical y el prolapso de órganos intrapélvicos a través del canal vulvar.

- ✓ Sistema Nervioso: Entre los 45 y los 85 años, el peso del cerebro disminuirá en un 12% debido a la hipertrofia y disminución del líquido intracerebral. Ahora bien, el peso no está relacionado con la función. Si bien es aceptable una mayor lentitud de reflejos y una menor capacidad de memoria, sobre todo para los hechos recientes, otras alteraciones a nivel de las funciones superiores deberán atribuirse a un

proceso patológico. Con la edad habrá una pérdida del número de neuronas sobre todo en los lóbulos frontales y temporales. En el cerebro se observarán cambios degenerativos con la consecuente atrofia de la corteza cerebral y dilatación ventricular.

- ✓ Características Socio- Afectivas: La reacción que pueda tener los adultos mayores frente a la jubilación dependerá sin duda, de las condiciones sociales. En la adaptación de estas personas a la nueva situación, Harighurts distingue tres etapas. En una primera etapa, dominan los sentimientos de frustración y ansiedad y pocos son los sujetos que se alegran de ella. En una segunda etapa, la persona trata de buscar ansiosamente un nuevo rol social. En una tercera etapa, tiende a producirse la estabilización en el nuevo rol encontrado. Siendo los factores que más inciden en este proceso son:

- a) El Estado de salud mental.
- b) La autonomía económica.
- c) Su integración social.
- d) La amplitud de intereses.

- ✓ Características psicológicas: Aunque todos los estudiosos de este tema coinciden en distinguir la tercera de la cuarta edad, el ámbito rural de urbano, el grado de cultura etc., al plantearse la psicología del anciano, entre las notas que caracterizan al hombre mayor de nuestro tiempo, podemos sacar algunos rasgos comunes.

En primer lugar, se advierte en ellos un cierto desengaño. Testigos de los avances tecnológicos del siglo son conscientes de que los mismos no han resuelto el problema del bienestar y la felicidad de las personas. Desde una perspectiva de crítica a los nuevos tiempos, se muestran escépticos hacia el progreso que para la humanidad puedan suponer.

Otra nota característica es el cansancio que siente la persona de edad tras la multitud de acontecimientos que ha vivido, con una evidente tendencia al aburrimiento y el hastío, que condicionan a sobreestimar y desvalorizar aquellas actividades grupales y recreativas, específicamente por su aparente “incapacidad” de acoplarse a las aceleraciones de las modas, generaciones y actividades modernas.

Nos encontramos también, por otro lado, con personas adultas mayores que desean ser eternamente jóvenes, y al comprobar que no lo son, les hace sentirse inseguros e insolidarios, con las inevitables secuelas de la incomunicación y soledad, evidenciando un patrón depresivo y contextuado con las constantes marginaciones generacionales que no comprenden, desde la óptica de la población geriátrica, lo difícil que es acoplarse a una sociedad valorada en lo superficial, la estética y lo nuevo.

Se ha dicho además que el anciano no es tanto rechazado por sí mismo cuando por los problemas que trae consigo la ancianidad. Un mundo pluriempleado, un mundo en lucha por su supervivencia, un mundo que corre a una velocidad inimaginable para anteriores generaciones les implica una verdadera crisis existencial sobre su rol en la modernidad, y su necesidad de esta a “desacelerar su ritmo” para acoplar a los mayores; sin embargo el mayor número de generaciones “intergeneracionales” cuya tecnología, valores afrontan una ausencia de tiempo ni lugar para una conversación, para un tratamiento pausado y amable como el que requieren algunas personas mayores.

Se dice que las personas mayores deben hacer un gran esfuerzo para adaptarse a las nuevas situaciones del mundo, pero creemos que no se puede violentar su talento, forzar una educación de muchos años, cambiar su estilo de vida cuando viven en una época en la cual carecen de estímulos y de fuerza de ánimo para realizar un viraje tan radical en sus costumbres y en sus cuadros ideológicos.

No se quiere con esto acentuar el culto al anciano, debemos distinguir entre la persona tal como es vista por los demás; sobre todo, como es presentada en los medios de comunicación social. Psicológicamente conviene llevar a cabo entre todos una gran tarea de compensación de las satisfacciones que anteriormente daba al trabajo a la persona en pleno rendimiento, por otras, no tan rentables ni cuantificables.

La persona mayor debe sentirse sujeto y no objeto de la historia. Debe ser descubierta individualmente mediante un análisis concreto de las capacidades de cada uno; por ejemplo, su potencialidad, energía, sus habilidades naturales, gustos y techo de satisfacciones, así como su entorno familiar y social. El anciano debe reflexionar sobre su rol en un mundo nuevo, y los psiquiatras, psicoanalistas y gerontólogos y demás áreas de la práctica médica, deben investigar un poco más en el ser íntimo de la persona de edad, para dar con la terapia adecuada en tiempo de enfermedad, para prevenir la época de jubilación y para dar soluciones positivas en situaciones anormales.

De acuerdo a la dimensión familiar la persona adulta mayor presenta ciertas características ya que en las mujeres ancianas los hechos que afectan más su autoestima durante la vejez están centrados en las cualidades de dar, bien sea como voluntarias o en aras de la necesidad frente a la realidad, así como amigas, o a base de tener éxito como esposas, madres a como amas de casa o anfitrionas. En cambio, para los hombres las cualidades no pueden ser reemplazadas por una actividad productiva fuera de la casa, su mayor problema al alcanzar la edad avanzada que afecta mucho su autoestima es la “abolición del trabajo”.

2.1.2 LA CRISIS DEL CUIDADO

La crisis de los cuidados es entendida como un proceso complejo de desestabilización de un modelo previo de reparto de responsabilidades sobre los

cuidados y la sostenibilidad de la vida, que ha conllevado a una redistribución de estas responsabilidades y una reorganización de los trabajos de cuidados (Pérez, 2006). Tomando en cuenta esto, se hace necesario el conocimiento de una perspectiva histórica que ilustre las evoluciones y cambios que se han venido generando a lo largo del tiempo en las prácticas y las formas conceptuales que se tienen respecto a los cuidados y a los trabajos de cuidados, sea este un enfoque privado o de índole institucional. Es posible conceptualizar la vejez, según Moragas (1991, citado por Acevedo, s.f.), de tres maneras distintas: Vejez cronológica, vejez funcional, y vejez etapa vital.

- **Vejez cronológica**: Se entiende al hecho de haber cumplido una determinada edad (en cómputo de años), por lo que se entenderá a futuro como Personas Adultas Mayores, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a aquellas personas mayores de 60 años.
- **Vejez funcional**: Término usado como una etiqueta peyorativa de “viejo”, es decir, se entiende al individuo como algo “incapaz o limitado”, haciendo referencia a las limitaciones de la vejez.
- **Vejez etapa vital**: Es el transcurso del tiempo que produce efectos sobre las personas, es decir, las personas al envejecer, como es de suponerse, entran en una etapa distinta a sus anteriores etapas, siendo poseedoras las personas de una realidad propia, limitada únicamente por las condiciones objetivas externas y por las subjetivas de la propia persona.

Seguramente, en terminos generales, el anciano como el niño, es fácilmente vulnerable a cualquier nivel. Las circunstancias, el medio en que se desenvuelve, el debilitamiento físico, contribuyen a que la persona de edad vaya dejándose minar (a nivel psicológico) hasta quedar expuesto en multitud de ocasiones, a merced de cualquier agente exterior que le podrá traer o llevar a su antojo, cuando no le esclavice una rigidez angustiante, opuesta a todo cambio posible.

El mundo del anciano está cargado de aspectos afectivos, que inciden constantemente en su actuación y en su modo de vida cotidiano. Tales aspectos, profundamente analizados, pueden encaminarnos a posibles soluciones en los conflictos propios de esta edad, ayudándole a una mejor superación de todos ellos. Es un hecho que la población de ancianos va en aumento y que sólo recientemente se han estudiado a fondo sus necesidades psicoemocionales. Se han detectado enfermedades o problemas psicoemocionales y sólo muy rara vez se complementan con la evaluación de la calidad de vida en un sentido positivo; es decir, utilizando indicadores saludables.

Tomando en cuenta la crisis de los cuidados existente, se puede afirmar que el grupo de personas más vulnerables y más afectadas por esta situación, son las personas adultas mayores, debido a diversos factores, entre los cuales se pueden mencionar: falta de recursos financieros, mayor necesidad de servicios de salud, baja capacidad adquisitiva, situación de abandono, suicidios, etc. Dado a que la crisis económica empeora la situación de Estado, las condiciones de vida de las personas están siendo afectadas por la situación del sistema económico.

Es por ello que se debe conocer el impacto de dicha crisis de los cuidados en las personas adultas mayores, ya que debido al aumento de la esperanza de vida en el mundo y a la disminución de la tasa de fecundidad, son un sector de la población que se encuentra creciendo rápidamente en todo el mundo; pues de acuerdo a la OMS (2016) se estima que entre los años 2015 y 2050 la proporción de ese sector de la población va a ser de casi el doble, pues pasará de un 12% a un 22%.

Esto es igual a un aumento que va de 900 millones a 2,000 millones de personas adultas mayores. Es importante conocer esto ya que al ser un sector que se encuentra en rápido crecimiento se hace necesario conocer cómo este sector se ve altamente afectado por la crisis de los cuidados que se está dando alrededor del mundo.

Esto es debido a que a medida que crece este sector poblacional, la demanda servicios y cuidados es directamente proporcional a su crecimiento, por lo que dicha demanda irá en aumento. Las mujeres al presentar un bajo nivel educativo como grupo poblacional son principalmente afectadas dado que son quienes presentan mayores desventajas económicas y sociales. Es por ello que históricamente las mujeres han sido dependientes de otras personas para contar con un ingreso familiar (Acevedo, s.f.).

La crisis de los cuidados afecta principalmente a las personas adultas mayores debido a que este sector de la población es considerado como Población Económicamente Inactiva (PEI), y por tanto, son consideradas como un «desecho», esto se debe a que ya no están en la capacidad de producir y se les toma como personas no productivas, es decir, el trabajo de cuidados que necesita el adulto mayor es visto como una actividad que absorbe valor pero no le genera valor al sistema económico (Federici, 2015).

De acuerdo a Ortiz (2003, citado por Acevedo, s.f.) en algunos sectores de la sociedad, principalmente el sector empresarial, industrial, comercial, etc. se les ve a las personas adultas mayores, como personas que atraviesan una etapa caracterizada por la decadencia física y mental, de la cual ya no podrán salir pues ya no están en capacidad de desarrollarse, esto proyecta una imagen de las personas adultas mayores como personas con discapacidad, como un estorbo para el sistema económico ya que carecen de utilidad social, etc.

Es este hecho lo que coloca a las personas adultas mayores en una situación de vulnerabilidad, por la inseguridad social y económica a la que se ven sometidas; a la incapacidad para satisfacer sus necesidades básicas; a la incapacidad para acceder a los servicios públicos; debido a la marginación que sufren por parte del sistema económico; etc. (Acevedo, s.f.). Esta situación es debido a una devaluación tanto cultural como social, que se ha gestado acerca de este grupo poblacional.

De acuerdo a la AGE Platform Europe (2012) algunas formas que se pueden mencionar en las que las personas adultas mayores se ven afectadas por las crisis económicas, que han derivado en una crisis de los cuidados, se encuentran: La disminución del poder adquisitivo de las pensiones, ya que dado que las crisis económicas provocan que el poder adquisitivo de las personas disminuya, y esto no excluye a las personas adultas mayores, las cuales se ven altamente afectadas dado que sus pensiones les son otorgadas por el Estado y se tratan de un ingreso económico fijo, el caso de que éstas sean fijas, les afecta debido a que como ya no están en condiciones para trabajar ya no son capaces de generar otros ingresos, por lo que únicamente con sus pensiones deben decidir la mejor manera de repartir su pensión para satisfacer sus necesidades básicas, siendo este un claro indicador de la crisis de los cuidados, pues al tener una disminución en su capacidad adquisitiva, las personas adultas mayores no pueden satisfacer completamente sus necesidades básicas llegando incluso a tener que decidir entre adquirir un bien o servicio primordial para satisfacer sus necesidades u otro.

Aunado a esto, otra forma en la que las personas adultas mayores se ven afectadas es que al tener baja capacidad adquisitiva sus familias no pueden costear el tenerlos al cuidado de terceros o al cuidado de instituciones especializadas, por lo que se ven obligadas volver a los hogares de sus familias, en donde reciben cuidados de forma sumamente precaria llegando, incluso, a tener que ayudar en el cuidado de otros miembros de la familia o teniendo que dar sus pensiones para manutención de toda la familia debido al alto nivel de desempleo, que genera que gran parte de las personas económicamente activas no encuentren un empleo y deban sobrevivir con las pensiones de las personas adultas mayores de sus familias (AGE, 2012).

Un ejemplo de ello, es la situación que enfrentan las personas adultas mayores en España, que aunque están en edad de disfrutar su jubilación, sufren la consecuencia económica de la crisis en su bolsillo por la pérdida de poder adquisitivo, debido a que ya no reciben ayuda económica de sus hijos; sino que al

contrario ellos lo que le dan soporte a ellos, perdiendo las personas adultas mayores en España el 2.9% de su poder adquisitivo, lo que causa que haya un deterioro de la calidad de su alimentación y vida. (Eroski consumer, 2012).

2.1.3 LA VEJEZ Y EL SECTOR SALUD

El sector sanitario no ha sido ajeno al «viejismo» social que reduce la identidad de las personas mayores a la edad, con las consecuentes asociaciones a estereotipos negativos y el ajuste de expectativas a los límites del envejecimiento biológico. De ahí que el aumento en el número de personas mayores haya suscitado una preocupación por la disponibilidad de servicios ante el previsible incremento de las necesidades de cuidados, en un escenario de disminución de los efectivos del sistema informal de atención, principal proveedor de ayuda de las personas con problemas de dependencia.

Este reduccionismo ha tenido dos tipos de consecuencias importantes para la salud de las personas mayores: por una parte, la discriminación en el acceso a determinados programas o servicios sanitarios y, por otra, la falta de consideración de determinantes clave para la salud a todas las edades, como el género, la clase social, la educación o, en general, las condiciones de vida. En este sentido, el personal de salud siendo el garante de un servicio integral e integrador, humanizado y al servicio del paciente geriátrico se vuelve, un primer ente discriminador.

Abunda la investigación que pone de manifiesto la influencia de la edad en el deterioro de diferentes componentes de la salud, como también la que demuestra diferencias en el estado de salud en función del género o de la clase social, que reflejan la situación desfavorable de las mujeres y de los miembros de las clases sociales menos favorecidas. Pero falta una perspectiva integradora que ayude a explicar y ponderar la influencia en la salud de los factores de género, (como la desigual distribución del poder entre hombres y mujeres, o la asunción durante la

vida de la responsabilidad del trabajo reproductivo), de clase (como el acceso desigual a la educación, o a diferentes bienes y servicios) o del envejecimiento (como la viudedad o los cambios en la imagen corporal y los roles)⁸. De ahí que la perspectiva de este informe («de género y clase») resulte especialmente oportuna para ofrecer e interpretar información sobre la salud de las personas mayores, aunque la ausencia de dicho enfoque en la investigación, a cuyos datos recurriremos, sin duda dificulte el trabajo.

Frente a la imagen de las personas mayores como ineludible «carga» para la sociedad, la evidencia disponible sobre los logros de la promoción de salud y de la atención socio sanitaria en este grupo de población avala la idea de que reducir la morbilidad y la incapacidad de las poblaciones que envejecen constituye el más importante reto de la salud pública, en los países desarrollados, (y un verdadero reto para los países en vías de desarrollo como lo son las naciones centroamericanas) y un excelente reflejo del desempeño de sus sistemas sanitarios. La investigación que ayude a identificar inequidades y a desentrañar los factores de riesgo para la salud ligados al género y a las condiciones de vida de las personas de edad contribuirá sin duda alguna a afrontar ese enorme reto, ante el avance generacional y el incremento del sector geriátrico como base de la pirámide poblacional en muchas naciones.

2.1.4 EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Para poder comprender a la población geriátrica y su dinámica vital en cara a la modernidad urbana, la OMS conceptualiza la relación de la población adulta mayor y las ciudades amigables al adulto con un concepto: el envejecimiento activo. El envejecimiento activo es el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. En una ciudad amigable con los mayores, las políticas, los

servicios, los entornos y las estructuras proveen sostén y facilitan el envejecimiento activo de las personas, mediante:

- a) El reconocimiento de la amplia gama de capacidades y recursos existentes entre las personas mayores.
- b) La previsión de y respuesta flexible a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento
- c) El respeto por sus decisiones y elecciones de estilo de vida
- d) La protección de las personas más vulnerables y
- e) La promoción de su inclusión en todas las áreas de la vida comunitaria y de su aporte a las mismas.

El envejecimiento activo depende de una variedad de factores influyentes o determinantes que rodean a los individuos, las familias y las naciones. Estos incluyen condiciones materiales dinámicas, así como también factores sociales que afectan a los tipos de conducta y sentimientos individuales. Todos estos factores, y su interacción, influyen de manera significativa sobre la calidad del envejecimiento de los individuos. Muchos de los aspectos de los entornos y servicios urbanos reflejan a estos factores determinantes y han sido incluidos en las características de una ciudad amigable con los mayores.

Los factores determinantes a los que se hace referencia deben ser considerados desde la perspectiva del ciclo vital, que reconoce que las personas mayores no constituyen un grupo homogéneo y que la diversidad individual aumenta con la edad. La tasa de disminución de funciones queda determinada en gran medida por factores relacionados con el estilo de vida que ha llevado al paso del tiempo, además de factores sociales, económicos y ambientales externos. Desde una perspectiva individual y social, es importante recordar que las medidas individuales y políticas públicas, como la promoción de un entorno de vida amigable con la edad, pueden influir sobre la velocidad de esta declinación y pueden incluso revertirla en cualquier momento.

Dado que el envejecimiento activo es un proceso que dura toda la vida, una ciudad amigable con los mayores no sólo es “amigable con las personas de edad”. Los edificios y las calles libres de barreras mejoran la movilidad e independencia de personas con discapacidad, tanto jóvenes como mayores. Un entorno de barrios seguros permitirá a niños, mujeres jóvenes y personas mayores salir al exterior con confianza para participar activamente en actividades de recreación física y social. Las familias soportan menos presión cuando sus integrantes de mayor edad cuentan con el apoyo comunitario y los servicios de salud que necesitan. La comunidad entera se beneficia por la participación de las personas mayores en el trabajo voluntario o remunerado. Por último, la economía local se favorece por el patrocinio de los adultos mayores como consumidores. La palabra determinante en entornos urbanos físicos y sociales amigables con los mayores es la capacidad de “facilitación” que las condiciones urbanas pueden hacer para el desenvolvimiento físico y psíquico de la población geriátrica en las mismas.

2.2 MARCO REFERENCIAL

2.2.1 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL CONTINENTE EUROPEO

En los últimos años la cohesión social ha pasado ser una materia de especial relevancia en Europa, siendo hoy por hoy, uno de los continentes más antiguos por la alta población adulta mayor y el bajo crecimiento poblacional que sufren algunas naciones europeas. Ante ello, Iberoamérica y la unión europea han unido esfuerzos para lidiar con la problemática sobre la cooperación en materia del adulto mayor basados en cinco sectores de actuación: fiscalidad, empleo, salud, educación y justicia, a través de una iniciativa denominada EURO Social.

A través de un consorcio entre los socios de la unión europea, se establecen lineamientos generales para la atención primaria de salud y su conexión con la atención especializada, incrementando la calidad de las decisiones clínicas considerando la evidencia disponible y el acceso a medicamentos esenciales. Tan importante como atender a la enfermedad es evitarla, considerando, por ejemplo, políticas especiales en salud pública de prevención en el campo de las drogas, enfermedades endémicas y epidémicas (como es el caso del actual azote de SARS-COV-2) así como la manipulación de productos biológicos, incluyendo derivados sanguíneos.

Es especialmente relevante, la promoción de políticas saludables, en el ámbito urbano y rural, para los sectores más vulnerables, en especial el adulto mayor. En cuanto la temática del desarrollo de la protección social en salud, del proyecto EURO Social, tiene como objetivo el contribuir en la extensión de la protección social en salud para avanzar hacia la universalidad en el acceso a los servicios de salud no solo europeos (que ya existen previo al surgimiento de la Eurozona, en algunas naciones) y de todos los socios que comienzan a integrarse a la unión europea, sino trasladar este modelo a los diversos modelos de salud en Latinoamérica, con

enfoque tal que la protección en salud se construya como un elemento nuclear de una futura sociedad incluyente, vertebrada y cohesionada.

El envejecimiento de la población europea (consecuencia incrementada por las crisis sociales y culturales fracturadas durante y posterior a la segunda guerra mundial), cuyo fenómeno es un proceso íntimamente ligado a la transición demográfica (del paso del régimen demográfico tradicional con altos índices de mortalidad y natalidad a un régimen demográfico moderno, con natalidades y mortalidades bajos y controlados) permitió un fenómeno de natalidad reducido y un pico de alza en las esperanzas de vida de personas que impactan fuertemente y directamente en la composición por edades de la población, generando un adelgazamiento de la proporción de europeos jóvenes (pese a la alza de inmigración americana, africana y asiática) y un franco engrosamiento de los sectores de edad más avanzadas.

Es de destacar que a nivel mundial hay un alza del envejecimiento poblacional versus la natalidad, fenómeno en el cual, Europa, lo experimenta de manera vertical y sin precedentes en todo lo largo de la historia continental. Se calcula que para el 2050, la población europea mayor será en proporción de 4:1 frente al europeo joven.

Cabe destacar que este envejecimiento poblacional es un proceso general que afecta a todos los niveles de la sociedad. El incremento sostenido de los grupos de mayor edad, tanto en cifras absolutas como en relación con la población en edad de trabajar, tiene una influencia directa en la equidad y la solidaridad intergeneracional e intergeneracional que son la base de la sociedad europea. La relación poblacional para el 2007 fue, de 136.2 adultos por cada 100 niños europeos, contemplada en la siguiente gráfica:

TABLA 1. INDICE DE ENVEJECIMIENTO EN EUROPA 1975 A 2050					
AÑOS	1975	2000	2007	2025	2050
EUROPA	69.1%	116%	136.2%	211.9%	262.7%

Tomado de ONU: world population ageing 1950-2050 en OISS: *extensión de la protección en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia)*. EUROPEAID, Francia, 2008.

El volumen y la proporción relativa de la población mayor de 60 años en Europa son significativos y van en aumento. Según los datos de Eurostat, en el 2008 la población de 60 años o más, solo para los 27 estados que conformaban la unión europea, representan el 22.5% de los adultos mayores del total de población en Europa. Se estima que, para la mitad del presente siglo, esta cifra alcanzara el 35.2%. Al analizar en detalle este fenómeno, se observan 2 características comunes para los socios de la unión europea con respecto al resto de países no federados: el 56.8% son mujeres y que el 35.3% de los adultos de la eurozona son ≥ 75 años de edad, siendo los 2 países que encabezan esos índices Alemania, Italia, Francia, Reino Unido y España.

2.2.2 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL CONTINENTE AFRICANO

El crecimiento de la población de mayor adulta mayor del África subsahariana en este siglo superará al de cualquier otra región del mundo. Para el año 2007, en África el índice de envejecimiento se situaba en 11.9 adultos mayores por cada 100 niños. Para el año 2100, África verá un crecimiento de 15 veces en el número de adultos mayores, de 46 millones hoy a 694 millones, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

TABLA 2.0 INDICE DEL ENVEJECIMIENTO EN AFRICA DE 1975 A 2050					
AÑOS	1975	2000	2007	2025	2050
AFRICA	11.0%	11.9%	12.9%	17.0%	36.6%

Tomado de ONU: world population ageing 1950-2050 en OISS: *extensión de la protección en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia)*. EUROPEAID, Francia, 2008

En parte en reconocimiento de estas tendencias, el África subsahariana ha realizado avances considerables para tratar de abordar las vulnerabilidades de las personas mayores y garantizar sus derechos básicos. A nivel regional, la Unión Africana ha respaldado una Posición común de África sobre los derechos de las personas de edad y debe ratificar un Protocolo sobre los derechos de las personas de edad en África.

A pesar de estos avances, la población de adultos mayores del África subsahariana sigue siendo considerada, en el mejor de los casos, marginal a los esfuerzos más amplios para lograr el desarrollo económico y social en la región. Con cerca del 65 por ciento de su población con menos de 25 años, las estrategias de la región para catalizar dicho crecimiento se basan directamente en aprovechar al máximo su gran cantidad de niños y jóvenes para lograr el llamado dividendo demográfico.

En términos simples, esto significa que, durante un cierto período de tiempo, habrá más adultos en edad laboral tradicional que los niños y las personas mayores de lo habitual, lo que brindará mayores oportunidades para mejorar la producción, la inversión y el ahorro. La idea es que, si la aprovecha el potencial de su crecimiento de la juventud, el efecto podría ser una ganancia económica sostenida, como fue el caso en el este de Asia.

A pesar de la evidente importancia de la juventud para construir economías africanas, puede que solo sea parte de la historia, y es importante considerar cómo las personas mayores encajan en la ecuación. La falta de tal consideración, hasta el momento, refleja supuestos ampliamente aceptados sobre la vejez como un período de «improductividad» y dependencia económica. También se basa en la conciencia de que los adultos mayores actualmente constituyen solo una pequeña parte de la población total del África subsahariana: solo el 5% de la población de la región tiene actualmente 60 años o más. Pero esto está cambiando, y rápidamente. Para 2050, se estima que el 10 por ciento de la población tendrá 60 años o más.

Entre los desafíos que planteará este envejecimiento, el INED desvela que “menos del 10% de las personas mayores pueden aspirar a una pensión de jubilación” en África, principalmente, funcionarios o empleados de grandes empresas privadas. El Instituto señala también que, en materia de sanidad, “la gran mayoría de las personas mayores carecen de cobertura social”. Aunque, en general, los ancianos africanos pueden contar con su “red familiar” para satisfacer sus necesidades, el estudio pone de relieve que “grandes cambios sociales y económicos se aprecian a escala continental y tienen repercusiones en las organizaciones familiares”. Especialmente, “las jóvenes generaciones buscan emanciparse de la tutela de los mayores” y “el estatus social” de los ancianos se “valora menos que antes”. La disminución de los recursos territoriales lleva también a marcharse a la ciudad, donde “los alojamientos son más pequeños y más caros”.

El aumento de las mujeres que trabajan, diplomas, estudios cambian también el modo de vida y contribuyen a disminuir el apoyo a los mayores. Por tanto, los países africanos necesitan llevar a cabo “políticas públicas adaptadas” (protección social, jubilación...) para hacer frente al desafío del envejecimiento.

2.2.3 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN ASIA

La situación del Asia se ve influenciada por su constantes movimientos económico-políticos y su ardua lucha por independencias y libertades de poderes: siempre se consideró demográficamente hablando, un continente culturalmente antiguo y activamente en crecimiento poblacional. Sus poblaciones crecen aun frente a sus limitantes geográficas, pero, aun ante tal dinámica, la población adulta mayor representa un grande sector de sus diversas sociedades. Igualmente, el Asia se enfrenta a una frenada política estatal de reducir el crecimiento poblacional frente a las crisis alimentarias que por milenios azota estas regiones, por lo que el fruto de dichas políticas hace enfrentar a sus habitantes a un declive (no tan marcado como en otros continentes), de su población joven y un aumento exponencial de la población geriátrica, como también se puede apreciar en la siguiente tabla:

TABLA 3.0 INDICE DEL ENVEJECIMIENTO EN EL ASIA DE 1975 AL 2050					
AÑOS	1975	2000	2007	2025	2050
ASIA	16.8%	29.0%	35.8%	64.3 %	115.7%

Tomado de ONU: world population ageing 1950-2050 en OISS: *extensión de la protección en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia)*. EUROPEAID, Francia, 2008.

Un claro ejemplo entre muchos en este continente lo representa China. China tendrá 242 millones de personas ancianas en 2021, un 15.8% de su población total, dijo hoy el Centro de Investigación sobre Envejecimiento de China. Este crecimiento se debe principalmente a las mejoras en la salud y la esperanza de vida, que se conjuga con la implementación de la política del hijo único, que ha dejado consecuencias sociales considerables.

China es un país que respeta a los ancianos como pocos. Las raíces de este profundo respeto se hallan en los cimientos del pensamiento chino. Confucio preguntaba: si uno no demuestra respeto hacia los ancianos, ¿en qué se diferencia de los animales? El gobierno ha promulgado leyes que obligan al cuidado de los ancianos como la enmienda propuesta en junio anterior por la Asamblea Nacional Popular a los Derechos de los Ciudadanos Mayores que obligaría a los hijos a visitar a sus padres.

De esta manera, las cifras publicadas hoy por el Centro de Investigación sobre Envejecimiento de China, que señalan que este año venidero los ancianos chinos superarán los 200 millones, plantean un desafío para el gobierno y la sociedad china.

En el 2010, China tenía 178 millones de personas mayores de 60 años, lo que en ese momento significó que ya era el único país del mundo con más de cien millones de ancianos. Cuando estos datos fueron publicados, se pronosticó que para el 2015 habría más de 200 millones, 300 millones para el 2025 y que para el 2042, el 30% de la población china superaría los 60 años.

Con los datos revelados hoy, los pronósticos se confirman. El informe publicado indica que, a fines del 2012, la población anciana incluía a 194 millones de adultos mayores y que las personas de más de 60 años representaron el 14,3% de la población total del país. Dado que se prevé un crecimiento anual de ese sector en 8,91 millones, las cifras para el 2021 superan los 200 millones de ancianos.

Esta cantidad es sólo cuatro millones menor que la población total de Pakistán (204.513.000), el quinto país más poblado del mundo y poco más que la población entera de Brasil (194.795.000), el sexto en esa clasificación. Algunas de las causas del envejecimiento en China son la mejora de la condición médica, la cultura social y la tecnología científica. Además, mientras la tasa de natalidad y la tasa de

mortalidad disminuyen, la esperanza de vida sigue aumentando. En 1950, la esperanza de vida media de China fue de menos de 40 años, pero en el 2011 se elevó a 72.71 años según el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas y a 74,83 años según el Buró Nacional de Estadísticas chino.

Otra causa del envejecimiento de la población es la política del hijo único. Cuando se implementó esta medida, se esperaba que duraría treinta años. Sin embargo, al cumplirse ese periodo en el 2010, el gobierno declaró que se había evitado el nacimiento de 400 millones de personas y que, por lo tanto, continuaría en vigor.

Si bien un aumento en la esperanza de vida y la mejora en la condición médica son considerados factores positivos, el envejecimiento de la población conlleva varios problemas preocupantes. El elevado número de ancianos en China impacta directamente sobre el presupuesto nacional para la seguridad social, pues son considerados una población sensible y requieren de una atención especializada.

Además, los costos pensionales y de mantenimiento son cada vez mayores. Según el Buró Nacional de Estadísticas chino, más y más adultos mayores dependen de sus pensiones, asistencia del gobierno y de sus hijos para vivir. Por otro lado, no sólo se trata de vivir más años sino de vivir mejor. En toda sociedad cuando la población envejece existe la posibilidad de que tienda a padecer más enfermedades.

China tiene más de 36 millones de personas ancianas que necesitan ser atendidas. Los ancianos con enfermedades crónicas sobrepasarán los 100 millones en 2013, en comparación con los 97 millones de 2012, informó la agencia estatal Xinhua. En el reporte del Centro de Investigación sobre Envejecimiento de China también se destaca la carencia de infraestructura adecuada para los ancianos en las ciudades chinas. "La senilidad, los ancianos discapacitados y las personas que viven solas representarán severos desafíos para China", expresó Wu Yushao, director del centro. Para aliviar estos problemas, el gobierno destinó 3.100 millones de yuanes

(493,3 millones de dólares) para un programa piloto encargado de crear un sistema de servicio social para ancianos, según afirma el reporte.

Las camas en centros de asistencia ascendieron a 3,9 millones en 2012, lo que representa 20,5 camas por cada mil ancianos. China también ha modificado leyes para garantizar el seguro de pensión para personas tanto de áreas rurales como urbanas, menciona el informe. Por el momento, las iniciativas de eliminar la política del hijo único no han tenido éxito y esto seguirá contribuyendo al envejecimiento de la población.

En el caso de Israel, una democracia nacida después de un conflicto histórico perenne, y de un genocidio colectivo denominado Shoah (holocausto), la nación de 72 años con una población con una tasa de natalidad alta, los adultos mayores en algunas regiones del país corresponden al 12% de la población. El 77% de la población adulta mayor israelí tienen familia en el mismo país y ven a los miembros de su familia por lo menos 2 veces por semana; el 30% de los ancianos israelíes tiene al menos 13 años de educación cursada, 31% recibió de 9-12 años de educación y un 28% estudió 8 años académicos, versus 11% que no recibió ninguna educación convencional. El estado de Israel invierte el 12.8% del gasto nacional mensual, con respecto al 9% del resto de población adulta.

Existen programas sociales que incluyen programas para subvención de los sobrevivientes del holocausto, excombatientes del ejército de Israel, programas sobre adulto mayor, enfermedades crónicas, atención psiquiátrica, así como pensiones para aquellos adultos mayores que han servido como médicos, ingenieros, científicos y premios nobel del país, hasta programa de reinserción de población geriátrica que ya pago sus condenas judiciales. Pese a ello, por factores culturales y o religiosos, existen 13% de la población adulta mayor sin participar en los programas nacionales.

Si bien la planificación y supervisión de los servicios sociales están a cargo del ministerio de bienestar y servicios sociales, son los departamentos municipales correspondientes a los distintos consejos regionales municipales quienes los proporcionan. Los servicios municipales para personas de la tercera edad, cuyo objetivo principal es mantener la autonomía del anciano en su hogar, incluyen evaluaciones de las necesidades individuales, efectuadas por un trabajador social, la ayuda a las familias que cuidan personas mayores, el mantenimiento de clubes de la tercera edad, la distribución de comidas a ancianos imposibilitados de manera semanal, la asignación de viviendas protegidas, los hospitales de día, la distribución de equipo médico y los servicios de movilidad necesarios para esta población vulnerable, en global todos estos servicios con mayor énfasis en aquellos grupos de alto riesgo, como personas sin familia, sobrevivientes del holocausto y aquellos sin ingresos suficientes.

2.3.4 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LAS AMÉRICAS

La proporción de la población joven con respecto a la población total, sigue siendo muy significativa, aunque tiende a disminuir, como resultado del lento pero continuado descenso de la tasa de fecundidad (las mujeres tienen menos hijos a medida que pasa el tiempo) y esto hace más evidente en los últimos años, porque se observa un incremento relativo de la población mayor de 65 años de edad, como se logra apreciar en la siguiente tabla:

TABLA 4.0 INDICE DEL ENVEJECIMIENTO EN LAS AMÉRICAS DESDE 1975 AL 2050					
AÑOS	1975	2000	2007	2025	2050
AMÉRICA DEL NORTE	57.7%	75.5%	86.1%	137.2%	148.3%
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	15.8%	25.2%	31.3%	59.2%	112.3%

Tomado de *ONU: world population ageing 1950-2050* en OISS: *extensión de la protección en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia)*. EUROPEAID, Francia, 2008.

El hecho de la disminución progresiva de la natalidad se debe, principalmente, a la migración del campo a la ciudad, que trae como consecuencia la incorporación del hombre al trabajo citadino y de la mujer y los jóvenes al sistema educativo, dejando atrás una condición de ignorancia casi total por una condición educativa con nuevas perspectivas que incluye entre otras cosas la llamada liberación femenina, ya que la mujer ha comenzado a desplazar al hombre en numerosas profesiones universitarias que antes le estaban casi vedadas.

La incorporación de la población femenina a estudiar cada vez más carreras universitarias, hace que la mujer retrase sus planes relativos a la maternidad y que su nivel educativo determine una decisión consciente de limitar el número de hijos. Los factores mencionados, como para un ejemplo, el caso de Venezuela, trajeron como consecuencia que en el año 2000 la población adulta mayor sea de 6,6% y para el año 2025 se estima un incremento de 13,2%, lo que equivale a un aumento del 100% y para el año 2050 la tendencia es alcanzar un incremento de 21,4%.

Situación similar a lo que ocurre en casi todos los países de América Latina, con algunas excepciones, como Uruguay donde para el año 2003 la población adulta mayor alcanzó 17,2% y en Cuba se estima que para el año 2050 la tercera parte de la población se ubicará en esta edad.

El índice de envejecimiento, retomando de nuevo, a manera de ejemplo, para el caso de Venezuela, medido por el número de personas de 60 años y más por cada cien menores de 15 años, es de 20% y se estima alcance 54,6% para el año 2025 y 105,5% para el año 2050, tal como ocurre en el resto de Latinoamérica con algunas variaciones. Cuba, con un índice de envejecimiento de 65%, de mantenerse las condiciones alcanzará 156% en el año 2025 y 224% en el año 2050. Los Estados Unidos de América y algunos países europeos tienen un índice de envejecimiento que oscila entre 10% en Estados Unidos de América y cerca de 30% en Italia, Japón y Grecia.

La Red Latinoamericana de Gerontología (RLG) es una red virtual concebida como un espacio plural al servicio de la comunicación entre profesionales, agentes comunitarios, organizaciones no gubernamentales y de sociedad civil que trabajan a favor de las personas adultas mayores en los diversos países y localidades de América latina y Caribe. Fue creada en Montevideo, Uruguay, en mayo de 1999, el Año Internacional de las Personas de Edad, con el patrocinio de Cáritas Uruguay y el apoyo de Cáritas Alemana. Desde el año 2002 su coordinación se establece en Santiago de Chile y actúa bajo el patrocinio de Cáritas Chile.

A fines del año 2012, obtiene en Chile personería jurídica como organización sin ánimo de lucro constituyéndose como 'Fundación Red Latinoamericana de Gerontología' con el propósito de fortalecer y responder cada vez en mejor forma al objetivo que desde sus inicios se propuso la Red Latinoamericana de Gerontología consistente en promover en los países de América Latina y el Caribe, el mejoramiento de las condiciones de vida en las cuales las personas envejecen y viven la vejez, así como el desarrollo de una sociedad justa y equitativa para las personas de todas las edades y condiciones.

La red HelpAge apoya a las personas mayores a reclamar sus derechos, desafiar la discriminación por edad o "viejismo" y a superar la pobreza de modo que puedan llevar una vida digna, activa, segura y saludable. Para alcanzar nuestra misión, trabajamos con un enfoque de la base a la cima. A nivel de bases, a través de proyectos y campañas de incidencia, empoderando y fortaleciendo el liderazgo de mujeres y hombres mayores, rescatando sus voces, sus necesidades y demandas. A nivel de gobiernos buscamos incidir en políticas públicas y programas de desarrollo.

Desde marzo de 2017 la estructura y modalidad de trabajo de HelpAge en América Latina y el Caribe cambió a un modelo de gestión centrado en la estructura de una red de organizaciones locales y nacionales afines al tema de la vejez y el envejecimiento, para dar continuidad a nuestras actuales operaciones en la región. Este proceso de cambio significó el cierre gradual de la Oficina Regional y las oficinas país. En su lugar, y a partir del nuevo modelo, las organizaciones locales que integren la red, con el apoyo de un Secretariado de HelpAge en la región, darán continuidad a una estrategia regional que facilite el aprendizaje, la colaboración y el logro de impactos sostenibles en beneficio de las personas mayores de toda América Latina y el Caribe.

En 2008, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población mundial vivía en ciudades. Las poblaciones urbanas seguirán creciendo en el futuro. Se estima que, para 2030, aproximadamente tres de cada cinco personas vivirán en un área urbana. Al mismo tiempo que van creciendo las ciudades de todo el mundo, sus residentes van envejeciendo. El porcentaje de la población mundial de 60 años se duplicará, pasando de un 11% en 2006 a un 22% para 2050.

Construir ciudades y comunidades adaptadas a la tercera edad es uno de los planteamientos políticos locales más efectivos para responder al envejecimiento de la población. Los entornos físicos y sociales son determinantes clave para que

las personas puedan mantenerse saludables, independientes y autónomas durante su vejez.

Los mayores desempeñan una función esencial en sus comunidades; participan en labores remuneradas o voluntarias, transmiten experiencia y conocimientos y ayudan a sus familias a cuidar de los suyos. Sólo se puede contar con esas contribuciones si gozan de una buena salud y si las sociedades responden a sus necesidades. La población mundial está envejeciendo: la mayoría de países del mundo están experimentando un aumento en el número y la proporción de personas mayores. El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral y financiero y la demanda de bienes y servicios (viviendas, transportes, protección social), así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales.

A las personas mayores se las percibe cada vez más como elementos que contribuyen al desarrollo; se considera que sus habilidades para mejorarse a sí mismas y a la sociedad se deberían integrar en las políticas y en los programas a todos los niveles. En las próximas décadas, muchos países estarán sometidos a presiones fiscales y políticas debido a las necesidades de asistencia sanitaria, pensiones y protecciones sociales de este grupo de población en aumento.

Algunos países latinoamericanos, como el Caso de Colombia, refleja la necesidad de atención de este grupo etario como prioridad, aunque la encuesta nacional de demografía y de salud solo reportó en el último de mes de su informe que, la población geriátrica solo consultó un 12% a nivel nacional (de los cuales, quien más consulta es la mujer y en los residentes de áreas urbanas).

En el proceso de utilización de los servicios básicos de salud, tanto para la detección temprana de la patología, el fomento de la promoción y de la prevención de las

diversas entidades patológicas, con una adecuada referencia al segundo nivel de salud, se han descrito dos ejes principales, que coronan y culminan con la atención médica: uno de ellos es el comportamiento del usuario y el otro el comportamiento del prestador de los servicios de salud, que convergen en la búsqueda adecuada del alivio para la necesidad de salud que originó el proceso.

Esta sucesión esquemática de acontecimientos sucesivos inherentes en el ejercicio de la prestación de los servicios médicos en el primer nivel de salud pública, permite el estudio del fenómeno de utilización de los programas específicos para la población adulta mayor, desde diferentes enfoques, desde la perspectiva del usuario y desde la óptica del prestador del servicio de salud, permitiendo a estos últimos la evaluación de los servicios, los logros del programa nacional del adulto mayor, e identificando las debilidades de los mismos.

Autores como Andersen y Ada, conjugaron muchos de los factores asociados a la utilización de los servicios de salud y proponen un “Modelo de Comportamiento” de uso de servicios de salud. La estructura del modelo explica que el uso de los servicios en materia de salud, están influidos por factores que se relacionan con la predisposición de la gente a utilizar los servicios de salud, con aspectos que permiten o impiden la solicitud y utilización de los mismos, así como relacionados con las necesidades de atención de los usuarios de dichos servicios, los factores predisponentes del uso de los servicios de salud, que incluyen características demográficas, creencias de salud, formas sugestivas o aversivas de presentar los diversos programas en materia de salud a la comunidad y a las estructuras socioculturales presentes.

Entre los habilitantes o capacitantes para el uso, incluyen: los recursos comunitarios disponibles para la población tales como: fuente regular de cuidados, seguros de salud, y los ingresos, mientras que los factores organizacionales se incluyen dentro de este grupo. Los autores también describen que las necesidades de salud, son

los últimos aspectos que contempla el modelo e incluye la autopercepción del estado de salud y las necesidades evaluadas u objetivas de la población en general.

Otros autores, utilizando el anterior modelo antes descrito, o combinando con otras variables y modelos han descrito que el uso de los servicios de atención primaria en salud por parte de los adultos mayores, está asociado con la afiliación a la Seguridad Social, el adecuado funcionamiento de los Sistemas de Salud, acceso a los servicios de salud, percepción de calidad de vida relacionada con salud, edad avanzada, autopercepción de salud, vivir solo, nivel de ingresos económicos, contar con servicios básicos en la vivienda, calidad de los servicios y ubicación en área rural.

Aunque la edad se considera siempre un factor importante para la consulta y utilización de los servicios de salud, en estudios observados en algunos países de Sudamérica (Colombia, Ecuador y Chile) no se encontró esa relación, contrario a lo reportado en un estudio realizado por Calman y compañeros, en 1994 con adultos mayores, en cuatro países de Europa (Inglaterra, Grecia, Rusia y Yugoslavia), quienes encontraron que la utilización de servicios de salud aumenta conforme lo hace la edad. Países Europeos apuntan a mayores y mejores programas enfocados en el adulto mayor debido al alto déficit poblacional que sufren muchas naciones europeas donde en algunos casos más de la mitad de su población son estrictamente geriátricos.

El factor seguro de salud se encuentra asociado al incremento del uso de consultas en general y determina una mayor utilización de los servicios preventivos. El efecto que tiene el factor seguro de salud sobre la utilización es consistente, y la utilización es mayor entre las personas que tienen esta característica. Andersen y Aday, Kronenfeld, Wan y Soifer³, en los Estados Unidos, encontraron que, ajustando para variables demográficas, socioeconómicas y de necesidad en salud, las personas con seguro de salud consultaban con mayor frecuencia. También, todos estos

estudios encontraron una asociación significativa con la utilización, siendo ésta siempre el factor principal.

Melguizo Herrera El uso de los servicios de atención primaria por parte de los adultos mayores en Cartagena está influido por múltiples dimensiones que abarcan: residir en estrato socio-económico medio, tener enfermedad diagnosticada, padecer enfermedad crónica y esperar 30 minutos o menos para ser atendidos. Esto podría hacer más complejo plantear posibles estrategias para abordar el problema a nivel nacional. Por lo cual, desde la perspectiva de la salud pública nacional, es importante conocer el patrón de utilización, en especial de los servicios de atención primaria, para garantizar mejor aprovechamiento y orientación (apoderamiento del programa por parte del usuario) en la prestación de los mismos.

En base a todo lo expuesto, se hace un llamado a la reflexión, que nos conduzca a un cambio de actitud y a un pensamiento de futuro, que hoy es un presente para muchos y que mañana será un presente para todos, en especial a las generaciones de adultos mayores que cada día so desplazados de la actividad funcional de las colectividades sociales, políticas y culturales.

Si se tomase en cuenta que el planeta alcanzó mil millones de habitantes en 18 siglos y que ahora ese mismo aumento lo alcanza en poco más de un decenio; que para el año 2025 la población del mundo estará en aproximadamente 8.200 millones de habitantes y, que la población mayor de 65 años alcanzará 15% en los próximos cuarenta años y que para el año 2050 habrá muchos más ancianos que nunca, con una cifra que superará los 1.400 millones. Aunado a las crisis políticas y sociales, así como la actual y emergente pandemia del SARS-COVID-19, vemos mayores factores de vulnerabilidad para este sector de población.

2.2.5 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL SALVADOR

En Latinoamérica, y en particular El Salvador, la atención del anciano, quien fungía como elemento básico en la cohesión familiar (y en muchos casos, el sustituto paterno/materno de las recientes generaciones) era un aspecto fundamental de la dinámica familiar, así como de las redes sociales de apoyo, lo cual garantizaba una mejor calidad de vida para los adultos mayores.

En la sociedad moderna actual del siglo XXI la dinámica social estará constituida por un modelo totalmente individualista y competitiva, se valora más a la juventud y la condición física, y su capacidad de operativizarse con la tecnología actual, lo que, de manera indirecta, debilita las redes sociales de apoyo a los ancianos que, poco a poco, van perdiendo su lugar protagónico (y en muchos casos hegemónico) dentro del círculo familiar. El Adulto Mayor se convertirá en “el individuo viejo” y constantemente convertido en una carga familiar, social y económica, sin considerar en ningún nivel como, después de haber dedicado los mejores años de su vida más productiva en el construir de la sociedad que ahora mismo lo rechaza y relega.

Pero, frente a esa cruel realidad, la misma sociedad a través de los gobiernos generan instituciones y políticas internacionales que proporcionan la evolución de las instituciones prestadoras de los servicios de salud como un ejemplo muy específico de la respuesta social hacia la vejez, ya que ilustra cómo la sociedad invirtió en la salud de la población económicamente activa (PEA), manejando concepto aplicables en el ejercicio de la práctica clínica: la esperanza de vida, el descenso de la mortalidad infantil, materna y general, el mejoramiento de la nutrición y la disminución de la fecundidad.

Por otro lado, el mejoramiento de las condiciones generales de vida y el mayor acceso a los servicios de salud han provocado un descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y un ascenso marcado de las enfermedades crónicas (tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedades

cardiovasculares) como las principales causas de muerte. Estas son las que, de manera natural, afectan más a los ancianos. El incremento actual y futuro de la población anciana obliga a replantear la organización de los servicios, a fin de poder satisfacer la futura demanda.

En El Salvador, la ley establece como persona adulta mayor a todas aquellas personas de 60 años en adelante. Según datos del Censo Poblacional de Vivienda para el año 2007 hubo 542,191 personas adultas mayores; de menos de 60 años, este segmento de la población pasó de representar el 5% en 1950 a ser un 9.4% en el año 2007. Para el año 2010 el total de habitantes de 60 años y alcanzó los 619,944 presentando así el 10% de la población total. Para el año 2020 se estima que la población aumentará a 77,534 ocupando el 11.7% de la población total.

Hasta el año 2025, se estima que este grupo representará el 12.6% de la población total y para el 2050, el 19.3% (Cárcamo Cabrera, et al., 2012; pp. 23) y se prevé que para el 2025 habrá 1, 146,194 adultos mayores que demandarán atención. Con el propósito de establecer criterios para el desarrollo de acciones de atención integral de calidad a las necesidades de salud de las personas adultas mayores, la ministra de salud, Dra. Violeta Menguar junto al Sr. Emilio Espín Amprimo, miembro del Consejo Nacional de la Fundación para el Desarrollo Comunal de El Salvador, CORDES, lanzaron el modelo de atención para la persona adulta mayor.

Este cambio demográfico que enfrenta El Salvador requiere preparación con herramientas y conocimientos que permitan brindar una atención de calidad y calidez ante la demanda estimada. En años recientes en El Salvador, se ha observado un aumento en la población adulta mayor, ya que la estructura poblacional ha marcado una tendencia hacia el envejecimiento catalogado como moderado, de 32.2% con una tasa global de fecundidad del 2.3%. En el año 2009 la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) reportaba que el 59% de la población es menor de 30 años, y la población de 60 años y más,

considerada como población adulta mayor, representa el 10.3% (633,223). Esto revela que la población adulta mayor es muy significativa.

De acuerdo a los datos de la DIGESTYC (para 2019 una población mayor de 60 años que ronda las 745,874 personas, entre hombres y mujeres. Esta cifra representa el 11.22% de la población total de El Salvador, y se estima que para finales del 2020 tendremos una población de 784,248 mayores de 60 años y se prevé a su vez que para el 2025 habrá 1,146,194 adultos mayores que demanden atención (Minsal: lanzamiento del modelo de atención a la persona adulta mayor).

El área urbana del país tiene un total de 3, 884,432 habitantes, los cuales representan el 63.2% del total de la población, el área rural posee 2, 266,521 habitantes, lo que significa un 36.8% del total de la población. Lo anterior indica un fenómeno migratorio interno, es decir, en los últimos años se ha experimentado múltiples desplazamientos de las áreas rurales a las áreas urbanas. En el VI Censo de Población y vivienda del año 2007. En el área urbana se ubica el 62.7% de la población, indicando un crecimiento del 0.45% de esa área entre el 2007.

La naturaleza de los problemas de salud de la población anciana plantea retos importantes para el Sector Salud: la mayor frecuencia de padecimientos crónicos, sus diagnósticos oportunos a edades más tempranas y la producción de distintos tipos de discapacidades, que darán lugar a una demanda de servicios más grande y compleja, independiente el nivel de atención de salud en el cual este estratificado el sistema de salud nacional.

La atención institucional enfrentará, a corto plazo, por lo menos dos tipos de demandas: en el primer nivel de atención será necesario prevenir los riesgos a edades más tempranas, destacando los aspectos positivos de la salud para mejorar la calidad de vida y disminuyendo la discapacidad física y psicológica derivada de la demencia, la depresión, el abandono y la pérdida de las redes sociales de apoyo. Por otro lado, el incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas

se combinará para generar una demanda de servicios altamente especializados, de alto costo, que requerirán de una atención multidisciplinaria.

2.2.6 MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR Y ADULTO MAYOR

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de la Gerencia de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor, regula de manera eficiente los servicios dirigidos a las personas Adultas Mayores por medio de personal capacitado en gerontogeriatría, para contribuir a mejorar la calidad de vida, física y mental de este sector, a través de intervenciones en áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que les aseguren una atención integral.

En la realidad se puede constatar que este Ministerio como integrante del CONAIPAM no cumple con su función de garantizarles a estas personas el derecho a la salud gratuita, ya que en la práctica los Adultos Mayores son víctimas de constantes violaciones al mismo, lo cual es triste debido a que la salud de un anciano es frágil y las enfermedades se complican, por lo que necesitan de una asistencia médica en forma oportuna y eficaz. De acuerdo a estadísticas del Ministerio de Salud de El Salvador, “enfermedades respiratorias de tipo infeccioso, así como las de carácter crónico, entre ellas la artritis, la hipertensión y los padecimientos en las vías urinarias son las que más aquejan a los adultos mayores.”

Es por lo anterior que se vuelve necesaria la atención especializada gerontológica-geriátrica que deben recibir estas personas, establecida en el artículo 5 de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, como uno de sus derechos fundamentales, pues a pesar que en la memoria de labores realizada por la Secretaria Nacional de la Familia se diga que la atención médica que les brindan a los adultos mayores es por medio de personal capacitado en gerontogeriatría, en la práctica no se cumple por que la situación que afronta la población adulta mayor en el área de salud es reprochable, ya que “de cada 100 ancianos solo el 20-30% tiene

cobertura social y pueden optar a un servicio médico” (sea por carácter jubilatorio, por pago directo de dicha prestación o por dependencia económica de hijos o cuidadores), mientras los que desafortunadamente no cuentan con ésta, tienen que acudir a Unidades de Salud o a los Hospitales Públicos, los cuales brindan atención médica solo si se trata de una enfermedad que a criterio de los médicos del hospital consideren grave, sumado a la espera de horas para ser atendidos debido a la escasez de personal capacitado, o con poca vocación de servicio, puesto que no les interesa perder el tiempo a sabiendas de que existen muchos pacientes en la espera de ser atendidos.

Y aún peor es la situación de las personas Adultas Mayores en estado de indigencia ya que si no cuentan con un familiar que se haga responsable y un documento de identificación, no son atendidos y muchos menos ingresados (aunque dicha política ha ido suavizándose con los diversos programas que tiene el ministerio de salud a través de clubes y programas como el del adulto mayor y veteranos de guerra), por lo que esta situación es sin lugar a dudas uno de los tantos problemas que enfrentan estas personas, indicando esto, que para el Estado, el anciano no es una de sus prioridades sociales, pese a la mejora de los servicios para este sector poblacional, sigue siendo grande la brecha de mejoras para una atención óptima, inclusiva y universal, lo cual se ve reflejado en la falta de otros programas tendientes a erradicar el estado de indigencia de estas personas y aminorar las precariedades que ellos sufren, así como actualizar los programas ya existentes.

En relación a este punto, cabe mencionar que en una entrevista realizada a la Señora Sonia de González encargada del área del Adulto Mayor en la Secretaria de Inclusión Social, se le preguntó acerca de la labor que realizaban hacia las personas adultas mayores indigentes en razón de cumplir con lo regulado en el artículo 70 de la Constitución, a lo cual respondió: “que las acciones que podrían ejecutarse a favor de estas personas estaban en manos de la Iglesia católica y otros movimientos asistenciales de las iglesias protestantes, o de cualquier institución que tuviera la voluntad de realizar un acto de solidaridad”; solo con esta respuesta basta para

crearse un imagen de lo insensible que es esta institución en cuanto a entregar sus fuerzas y empeños por velar en la protección de este sector tan importante de la población.

En cuanto al hecho de que las personas Adultas Mayores no gozan del derecho a recibir una asistencia médica gerontológica-geriátrica, éste puede ser corroborado de acuerdo a lo expresado por el Doctor Rafael Antonio Basagoitia, primer geriatra salvadoreño, ya que, a su juicio, “la falta de especialistas se debe al poco interés de las autoridades involucradas en la salud y a la poca o nula promoción que se le da a la carrera en el país.” Por lo que sería de mucho beneficio para las personas Adultas Mayores, que se fomente en los profesionales de la medicina, el deseo de especializarse en áreas como la geriatría y gerontología. ¿Cómo?, creándose en el Ministerio de Salud una Unidad que se encargue de Trabajar en promover esta especialización tan importante, por medio de foros realizados en las Facultades de Medicina de las Universidades del país, puesto que en un futuro la población Adulta Mayor aumentará, y por lo tanto la demanda de especialistas en gerontogeriatría será aún mayor.

Pero también será importante para alcanzar este propósito que el Estado asigne más presupuesto a este rubro, con el cual se puedan crear plazas en el sistema de la salud pública para médicos gerontogeriatras, puesto que, de no ser así, se estará cayendo en el mismo error porque nuestros ancianitos no tendrían a su disponibilidad los medios económicos para poder pagar esta asistencia médica especializada que tanto necesitan. Pese a los actuales programas, la población adulta mayor aún carece de los servicios sociales de inclusión en una sociedad consumista y controlada por el acceso de los recursos médicos y asistenciales de calidad en dependencia de la cantidad de aporte económico que se requiera invertir en el mismo.

Aun es claro que buena parte del personal sanitario de la red pública de salud desconoce la importancia, dinámica y las diversas actividades de la atención

especializada de manera integral e integradora en la población geriátrica, en comparación (con las implicaciones administrativas y judiciales que tienen), a ejemplo, los programas materno-infantil, generando, en parte, una pérdida del interés por fortalecer el programa del adulto mayor, relegando al usuario de la tercera edad, a un simple asistencialismo clínico y atención de emergencia.

2.2.7 SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN SANTA ANA, EL SALVADOR

El departamento de Santa Ana, según el VI censo poblacional, presenta una población total de 52,604 personas mayores de 60 años, de los cuales 23,792 son del sexo masculino y 28,812 representan el sexo femenino. en el municipio de Texistepeque según los datos del VI Censo poblacional, se encuentra en la posición N0. 79 de los municipios ordenados de mayor a menor población, cuya población total asciende a 17,923 personas (0.31% de la población total del país), de las cuales 1,942 son personas adultas mayores, lo que significa que este sector poblacional representa un 10.84% de la población total del municipio (recordando que este censo fue editado en el 2007.)

Las personas adultas mayores se ven obligadas cada día a seguir trabajando y seguir participando activamente de la economía salvadoreña, a través de los trabajos mal remunerados, trabajos informales o realizando el trabajo de cuidados (cuidando el hogar, a sus nietos, nietas, parejas, hijos dependientes, tanto económica como físicamente, etc.). El paciente adulto conforma una dicotomía marcada en el rol social que representa: sigue siendo un sector vital en el hogar, el cuidado de menores y el quehacer familiar, mientras, por otro lado, sigue siendo una imagen de “estorbo” y carga económico-social de los hijos y demás parientes.

Pese a lo anterior, las pocas expectativas de vida como “desempleado” obligan hoy por hoy, a forzar pese a las dificultades motrices o enfermedades crónicas, a continuar laborando en el mercado formal o informal, para lograr compensar el alto

precio de la canasta básica nacional, el apoyo económico de hijos menores o nietos abandonados por sus padres, u otras necesidades. Ello permite ver al adulto mayor esforzándose más allá de sus posibilidades a “elongar” el tiempo laboral sea en el mundo agropecuario, como aquellos que estando en el periodo óptimo para la jubilación, continúan laborando. Papalia et Al, conciben al adulto mayor en un ente que pese a su declive de funciones orgánicas y psíquicas, se exige a si mismo más de sus posibilidades para continuar no solo con su propia existencia, sino por la alta carga social que se construye en el lecho familiar.

El ingreso es un factor determinante de las condiciones de vida de los adultos mayores, debido a que algunos adultos mayores viven en sus hogares, ya sea solos o que sean cuidados por su familia; otros viven en la calle sobreviviendo de la caridad pública y exponiéndose a los peligros constantes; otro porcentaje de personas adultas mayores viven en un asilo público debido a que fueron abandonados en un hospital, fueron entregados al cuidado de un asilo de ancianos y fuese posteriormente abandonado, o fueron encontrados perdidos en la calle o no pueden valerse por sí mismos y por ese motivo fueron remitidos al Hogar público; en los mejores casos hay adultos mayores que pueden tener las condiciones necesarias para pagar una institución privada para que sean cuidados y que a su vez no pierdan contacto con su familia.

En las últimas décadas ha cambiado radicalmente la pirámide poblacional con un notable incremento de los adultos mayores y el consiguiente incremento de enfermedades y limitaciones propias de la vejez, presentando al primer nivel de atención en salud del país, una de las 3 principales poblaciones a consultar (incluyendo la gestante y los controles infantiles); Sin embargo, a pesar de la transición demográfica y de la creciente necesidad de estructurar y orientar unas políticas de atención priorizadas para la población geriátrica, con la presentación de programas de atención integral de los adultos mayores, el uso de los servicios sanitarios por parte de esta población no alcanza su máximo nivel.

En términos de la situación de la población adulta mayor, existe también un panorama de transición demográfica y epidemiológica, con una visible tendencia al envejecimiento de la población; así como un perfil de morbilidad en el que coexisten enfermedades infecciosas y crónicas, tales como: diarreas, amebiasis y la diabetes e Hipertensión, entre otras, e incluso ante el avance de nuevas enfermedades emergentes como el COVID-19, el cual refleja un alto riesgo a este sector generacional como el más vulnerable en el estricto sentido de salud, como también por ser una población con gran porcentaje de comorbilidades y déficit inmunológico propio de la edad o de las patologías de base, (que hoy por hoy representan un sector vulnerable y con altos índices de fatalidad).

Así mismo, la tendencia de la mortalidad indica que existe un predominio de las causas de muertes producto de las enfermedades crónicas-degenerativas como: cerebro-vasculares, del corazón y cáncer de mama (Martínez de Martínez, et al., 2012). Es por ello que la segunda área de necesidades de los adultos mayores es la salud.

2.2.8 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PERSONA ADULTA MAYOR

El modelo de atención integral a la persona mayor tiene como propósito proveer todos los servicios de salud pertinentes de calidad, brindados con calidez por el personal de salud, a través de la ejecución de acciones de promoción de entornos favorables para que el adulto mayor tenga un envejecimiento activo y saludable, por medio de una atención integral, multidisciplinaria e interdisciplinaria.

El Modelo de atención al adulto mayor toma en consideración todas aquellas características que le son propias de la población geriátrica, tanto las relacionadas con el modo de enfermar, la coexistencia de múltiples patologías, la presentación atípica de algunas enfermedades, la alta incidencia de complicaciones que derivan tanto de la propia enfermedad como de los tratamientos empleados, la tendencia

hacia la cronicidad, la asociación de deterioro funcional y la importancia de los factores ambientales y sociales en la recuperación.

Por otro lado, el Modelo de atención reconoce la importancia de tomar en cuenta el tema de diferencia de género tanto para reducir las desigualdades en la salud como para incrementar la eficiencia y eficacia de los servicios de atención de la salud. En la implementación del Modelo se incluyen instrumentos para la Valoración Geriátrica, que permiten evaluar las condiciones de salud física y mental de forma integradora de las personas adultas mayores. Incluye además un conjunto de intervenciones centradas en la persona, familia y comunidad que pretenden contribuir efectivamente a mejorar la calidad de vida, y conservar y restablecer de manera integral la salud de la población de personas adultas mayores. El modelo de atención integral para el adulto mayor se centra y debe centrarse en los siguientes aspectos:

1. Derechos Humanos
2. Protección e inclusión social
3. Equidad de Género
4. Integral/integrado
5. Centrado en la persona, familia y Comunidad
6. Continuo de la Atención

Para que dichos enfoques del modelo de atención integral sean integradores en el modelo nacional de salud para la población geriátrica, se requieren una serie de conceptos que deben regir el mismo programa de adulto mayor, a saber:

Universalidad: Implica que el ejercicio pleno al Derecho de la Salud debe ser garantizado a toda la población, mejorando las condiciones y calidad de vida, atendiendo de forma integral las necesidades en materia sanitaria, siendo una de las bases del sistema. Ello conlleva a la construcción de un sistema de acceso universal, eliminándose todas aquellas barreras económicas, geográficas, de género, étnicas, socioculturales y de cualquier otro tipo, para alcanzar la mayor

cobertura del sistema público de salud, reorientando los servicios hacia la promoción y la prevención.

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene la población de y para recibir atención de salud en los diversos establecimientos de salud de la red. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: *no discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información.*

Equidad: Todas las personas deben ser capaces de disfrutar de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través del acceso a todos los recursos del sistema y de su participación en los procesos de formulación de Políticas de salud (investigación, prioridades, planificación, implementación, evaluación), además implica la ausencia de diferencias en el acceso a servicios y precondiciones esenciales para iguales necesidades en salud (equidad horizontal), y aumento en el acceso u otros recursos para grupos poblacionales definidos en el aspecto social, demográfico o geográfico, con mayores necesidades de salud.

Igualdad: se debe dar el mismo trato a todas las personas que se encuentran en la misma situación, y a la inversa, debe darse un trato distinto y adecuado a cada circunstancia a las personas que se encuentren en situaciones distintas.

Integralidad: las prestaciones que debe siempre brindar el sistema de salud deben ser acordes a las necesidades y problemas de las personas según las etapas de su curso de vida, en las esferas, cultural, social, psicológica y biológica tanto en lo individual, familiar y comunitario.

Calidad: según la OMS: "el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

Calidez: valor intrínseco y personal del individuo, que es sinónimo de cordialidad y afecto humano en el sentido de “calor humano”. Es uno de los valores personales que brinda comodidad en las relaciones sociales y abre las puertas al bienestar interior del individuo y de su entorno social.

Corresponsabilidad: Es la responsabilidad en educación y salud que tienen los integrantes de las familias beneficiarias y que se comprometen a cumplir.

Ética: siendo este valor vinculado con la moral que rige el obrar correcto. La ética está marcada por normas que son la base para diferenciar entre el bien y el mal, uno de los temas filosóficos por excelencia.

Respeto: Es la consideración especial que se le tiene a alguien o incluso a algo, al que se le reconoce valor social o especial diferencia.

Solidaridad: es la capacidad colectiva o social de actuación unitaria de sus miembros, para lograr un alto grado de integración y estabilidad interna; es la adhesión ilimitada y total a una causa, situación o circunstancia, que implica asumir y compartir por ella beneficios y riesgos.

No discriminación: El principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.

Disponibilidad: se hace referencia a la posibilidad de que algo, un producto o un servicio, esté disponible de ser realizado, encontrado o utilizado cuando se le necesita.

Aceptabilidad: Es la aceptación de pacientes y familiares con las expectativas que tenían sobre la atención médica solicitada y obtenida.

Para ello se requiere de una capacidad instalada para la atención de pacientes adultos mayores en todos los niveles de atención (Infraestructura, equipamiento, recurso humano, insumos médicos y no médicos), así como todos los compromisos institucionales y de los prestadores de servicios de salud, con la debida y necesaria actualización y creación de Instrumentos técnicos Jurídicos que normen la atención en salud de la persona adulta mayor de la manera más óptima posible. Por tanto, todo personal de salud que atienda a personas adultas mayores y tenga conocimiento de que la persona atendida debe estar con el especialista, debe de emprender la referencia y contra referencia en los casos que lo ameriten, su seguimiento posterior y los controles necesarios para la recuperación de la salud, según lo ya establecido en los Lineamientos para la referencia, retorno e interconsulta en la RIIS, y de ser necesario, deben de realizarse todas las gestiones necesarias y pertinentes para obtener una coordinación intersectorial e interinstitucional efectiva, integral y oportuna.

En El Salvador se considera que el mejor indicador de salud en la población adulta mayor, es su capacidad funcional. La posición planteada a través del Modelo de Atención Integral confirma lo expuesto por la Organización Panamericana de Salud la cual define a un adulto mayor funcionalmente sano como aquel capaz de enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y personal (resiliencia). Con el objetivo de construir un mundo favorable para las personas mayores y dentro del marco del envejecimiento saludable, lo más viable posible, enfocado a las necesidades locales e intrínsecas de la comunidad donde habita, en donde se requiere transformar los sistemas de salud a la prestación de

cuidados lo más integrales posibles, centrado en las necesidades que dichos usuarios de los servicios de salud presenta.

2.2.9 MARCO NORMATIVO JURIDICO INTERNACIONAL

1. **Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento**, Viena, 1982 Se elaboró el Plan de Acción Internacional Sobre el Envejecimiento, en este documento se invoca a la comunidad internacional a que trabaje sus propuestas de desarrollo sostenible, considerando las tendencias demográficas y los cambios en la estructura de la pirámide población.

2. **Convención de Ginebra** 1982 donde se aprobó los derechos básicos de los Adultos Mayores.

1. **“Protocolo de San Salvador”** (Protocolo adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales), en 1988, donde su Artículo 17 define la Protección a los Ancianos. Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. Los estados partes se comprometen a adoptar las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y otros: “Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada, a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionárselas por sí mismas”.

4. **Asamblea General de las Naciones Unidas**, el 14 de diciembre de 1990 designó en la resolución 45/106, al primero de octubre “Día Internacional de las Personas de Edad”.

5. **Asamblea General de las Naciones Unidas**, Resolución 46/91, 16 de diciembre 1991 donde se adoptaron los Principios a favor de las Personas de Edad, exhortando a los gobiernos a que incorporasen dichos principios en sus programas nacionales.

6. **Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento** del 2002 donde concluye en que los gobiernos busquen eliminar las desigualdades económicas y sociales en función de la edad, género y otros aspectos desarrollando y reforzando la asistencia sanitaria primaria y fortaleciendo los servicios sociales primarios y a largo plazo.

7. **Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento**, Santiago de Chile en 2003 en donde se enfoca a que los países de América Latina y El Caribe, participantes en la conferencia trabajaran una “Estrategia Regional de Implementación Para América Latina y El Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid Sobre El Envejecimiento”.

8. **Convención Interamericana para los Derechos de las Personas Mayores** (OEA) El 28 de octubre de 2010 donde la OEA y expertos en el tema de los derechos humanos y las personas adultas mayores en Washington, DC, discutió la viabilidad de crear una convención que proteja y promueva aún más los derechos de las personas mayores.

9. **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (Art. 25 numeral 1); Establece que la persona adulta mayor está amparada como ser humano igual en derechos a todos los demás integrantes de la sociedad.

2.2.10 MARCO NORMATIVO JURIDICO DE EL SALVADOR

1. **Constitución de la República**. Artículo 1. “reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado y que es obligación de éste, entre otras, asegurar a sus habitantes el goce de la salud.

En el artículo 65 establece que la salud es un bien público y que tanto el Estado como las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

Define igualmente su rol subsidiario, “una de las responsabilidades prioritarias del Estado es la atención a grupos vulnerables: niños en situación de riesgo y de exclusión social, personas con discapacidad y de la tercera edad.”

2. **Código de Salud**, en la sección 45, en los Artículos 200 y 202 establece la responsabilidad para que el Ministerio de Salud de conformidad con sus recursos, y las normas respectivas dará asistencia al anciano y al inválido indigente y coordinará las actividades correspondientes de los organismos públicos, privados, nacionales e internacionales.

3. **Código de Familia**, Artículo 391: establece que la protección de las personas adultas mayores comprenderá especialmente los aspectos físico, gerontológico, geriátrico, psicológico, moral, social y jurídico. Considera aspectos esenciales de la protección integral de las personas adultas mayores el afecto, respeto, consideración, tolerancia, atención y cuidados personales, el ambiente apropiado, tranquilo y los esparcimientos adecuados.

También en el Artículo 398 declara que la protección integral de la familia y personas de la tercera edad, a cargo del Estado se hará a través de un conjunto de acciones gubernamentales y no gubernamentales con la participación de la comunidad y el apoyo de los organismos internacionales para garantizar la satisfacción de las necesidades básicas.

4. **Política Nacional de Atención a la Persona Adulta Mayor**, donde se apoya a las personas mayores a llevar una vida independiente en el contexto de sus familias y comunidad, objetivo que permite desarrollar estrategias y áreas de intervención orientadas a la promoción de la salud intersectorial e interdisciplinaria, diseñar planes de acción con el enfoque preventivo e impulsar programas que prioricen la cobertura de las personas mayor.

5. **Ley Contra la Violencia Intrafamiliar**. Ley Especial, cuyo fin es proteger a las víctimas de violencia en las relaciones de pareja, de niños y niñas, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad.

6. **Política Nacional y Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad**, cuyo propósito es establecer el régimen de equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad.

7. **Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor** 2002, Artículo 1 describe como objeto garantizar y asegurar una atención integral para la protección de las personas adultas mayores y contribuir al fortalecimiento e integración de la familia; la familia tendrá la responsabilidad primaria de atención y el Estado estará obligado a brindar apoyo a través de las instancias pertinentes.

8. **Norma de Atención Integral en Salud Mental**, en la sección de promoción de salud, refiere que los proveedores de salud realizarán acciones de orientación preventivas con énfasis en la educación al adulto mayor, para generar estilos de vida saludables.

9. **Norma para atención integral de la persona en el ciclo de vida**, que establece las directrices para la prestación de servicios de salud a las personas adultas mayores y sus cuidadores y para el fomento de la organización y participación comunitaria para identificación de problemas de salud, facilitar el desarrollo y seguimiento de las acciones integrales de salud y grupos de autoayuda para la atención al adulto mayor.

10. **Norma de atención integral e integrada de todas las formas de violencia**, donde se establece las disposiciones en las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIISS), para la atención a todos los tipos de violencia en el ciclo de vida, incluyendo acciones de promoción de estilos de vida no violentos y prevención de la violencia;

detección, atención, rehabilitación integral de las personas afectadas por la violencia; enmarcado en el enfoque de género y riesgo.

11. **Lineamientos Técnicos para la Atención Integral en Salud Para las Personas Afectadas por Violencia.**
12. **Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres**
13. **Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres.**

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

HIPÓTESIS

- LA ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA A NIVEL LOCAL, REGIONAL Y NACIONAL DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA AFECTAN EN LA NO PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR.
- LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y/O DEGENERATIVAS Y SUS COMPLICACIONES, COMUNES EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA, FAVORECEN LA NO PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR.
- LA FALTA DE CAPACITACION DEL PERSONAL DE SALUD INVOLUCRADO EN EL PROGRAMA Y LA MANERA EN COMO LO APLICAN EN EL USUARIO, NO INFLUYE EN LA APATÍA DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA A INVOLUCRARSE EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR.
- LA FALTA DE CONOCIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR HACE QUE SEAN RECHAZADAS IDIOSINCRATICAMENTE POR LA POBLACIÓN GERIÁTRICA.

3.1.1. TIPO DE ESTUDIO

- **Descriptivo:** Porque se indagó sobre los factores que tiene la población geriátrica en el caserío Guarnecia, del cantón El Jute, del municipio de Texistepeque, sobre la resistencia a participar y recibir beneficios del programa del adulto mayor.

- **Transversal:** Porque se realizó en un periodo de tiempo corto, recolectando información de interés para dicho estudio, en el periodo de mayo a agosto de 2020.
- **Cuantitativo:** Porque se obtuvieron datos por medio de una encuesta por medio de llamada telefónica a móvil o fijo o en el momento de consulta o controles en el recinto de la unidad de salud, sobre el conocimiento de la resistencia a participar y recibir beneficios del programa del adulto mayor que tiene la población geriátrica del caserío Guarnecia, cantón El Jute del municipio de Texistepeque, Santa Ana; dichos datos se expresaron en magnitudes numéricas y fueron analizados mediante herramientas del campo de la estadística.

3.1.2. UNIVERSO

- Está constituido por 82 personas en edad desde los 60 años de edad cronológicas, se han incluido a aquellos que aún no cuentan con los 60 años pero que en el transcurso del año 2020 los cumplirán. Dicha población estuvo conformada por 37 personas del sexo masculino y 45 del sexo femenino, los cuales son consultantes de los servicios prestados por la UCSFI de Guarnecia.
- Para esta investigación se tomaron en cuenta a la población ya inscrita al programa de adulto mayor implementado por el personal de salud de la unidad antes mencionada, así como toda la población geriátrica que son vecinos de la misma, independientemente de si son usuarios de los servicios de salud que ofrece UCSFI de Guarnecia.
- Además, se tomaron en cuenta no solo a los adultos mayores del caserío de Guarnecia, sino también a la población usuaria adulta mayor del cantón El Jute, al cual pertenece Guarnecia. No se incluyó a la población itinerante que consulta la unidad de salud y que pertenece fuera del territorio de Guarnecia y del cantón de El Jute (al cual pertenece Guarnecia).

- De nuestro universo se tomará una muestra de **21 personas**, muestra que se obtiene al utilizar la siguiente Fórmula:

$$\text{Muestra} = \frac{NZ^2P(1-P)}{(N-1)(LE)^2 + Z^2P(1-P)}$$

Dónde: N (Universo) = 82

Z (Nivel de confianza) = 1.96

P (Proporción de éxito) = 0.5 (por ser desconocido)

LE (Error máximo tolerable) = 0.05

- La selección de los encuestados se hizo siguiendo el tipo de muestreo aleatorio simple en donde todos los elementos que forman el universo y que por lo tanto están descritos en el marco teórico, demuestra que tienen idéntica probabilidad de ser seleccionados para la muestra a evaluar, mientras cumplan con los criterios de inclusión y exclusión de nuestra investigación. Su escogitación se realizó libremente al azar.

3.1.3. GRUPO SELECCIONADO

Para la conformación de la población a investigar en el presente estudio fue seleccionado con base a: Criterios de inclusión y a los Criterios de exclusión.

3.1.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombres o Mujeres que residan en el Caserío de Guarneca, del cantón El Jute, del municipio de Texistepeque.
- Hombres y mujeres usuarios de la UCSFI de Guarneca que tengan domicilio en la AGI del mismo y que tengan número telefónico móvil o fijo.

- Hombres y Mujeres que tengan ≥ 60 años de edad cumplido o por cumplir en los meses durante la investigación, inclusive aquellos que cumplan 60 años requeridos el 31/12/2020.
- Que sean o no sean inscritos del programa de adulto mayor promocionado por la UCSFI de Guarnevia.
- La Población a investigar deberá incluir los siguientes criterios particulares: independiente del Género, de la escolaridad, de la Orientación Sexual, Política Y Religiosa e independientemente de Adolecer o no una Patología Crónica.

3.1.3.2 CRITERIOS_DE_EXCLUSIÓN

- Hombres o Mujeres con ≥ 60 años que se encuentren hospitalizadas, durante el periodo en el que se realiza el presente estudio.
- Hombres o Mujeres que pertenecen a otra Área Geográfica y que se encuentren viviendo temporalmente en el Caserío de Guarnevia, municipio de Texistepeque.
- Hombres o Mujeres que hayan migrado recientemente para residir permanentemente al área geográfica de estudio, en los 6 meses previos a dicha investigación.
- Hombres o Mujeres cuyo acceso domiciliar remoto o de dificultad de desplazamiento, infiera peligro inminente en la integridad de parte o del total del equipo investigador.
- Hombres o Mujeres que no pertenezcan al caserío de Guarnevia ni al cantón el Jute.

- Hombres o Mujeres ciudadanos extranjeros que convivan en la vecindad del caserío de Guarnecia de manera temporal o permanente, en el periodo comprendido para esta investigación, incluyendo 6 meses anteriores a la misma.

3.1.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de información se utilizó el método de la encuesta con preguntas abiertas y cerradas la cual se proporcionó a Hombres y Mujeres en edad comprendida desde los 60 años de edad, incluyendo al grupo de 59 años que cumplirán los 60 años en el presente año 2020 y que cumplieron los criterios de inclusión.

Debido a la situación de emergencia que impera en el país, por causa de la patología en categoría de epidemia SARS-COV-2 y las implicaciones medico legales que sitúan a la población ante medidas de prevención en reclusión domiciliar, el aumento del miedo de parte de la población usuaria de los centros de salud del primer nivel de atención ante el probable contagio y por la seguridad de los investigadores, se dispuso, por consenso de los investigadores, el uso de la telencuesta en conjunto con la encuesta que se logró aplicar durante la consulta clínica por libre demanda, verificando que el número de los escogidos como espacio muestral a investigar tuviese dicha vía telefónica para aplicar el instrumento. Se buscó en las bases de datos de la unidad de salud de Guarnecia quienes tuviesen teléfono móvil o fijo para aplicarles el instrumento en cuestión.

La encuesta constó de dos partes: parte A con datos personales del encuestado (6 ítems) y una parte B de 10 preguntas, de las cuales 9 son preguntas cerradas y 1 semicerrada, con el objetivo de identificar el conocimiento sobre los diversos factores que influyen en la resistencia de la población geriátrica a la participación

activa del programa del adulto mayor; dicha encuesta se aplicó a las 21 personas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación.

Se tomaron a consideración, la revisión del instrumento por parte de la docente de psicometría de la universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA) Licda. Mercedes Isabel Rodríguez de Burgos, para capacitancia de los ítems del instrumento para medir la variable a investigar; la corrección final del mismo estuvo a cargo de la asesora docente de esta investigación, Dra. María Elena García de Rojas, quien definió y corrigió los detalles finales del mismo. A partir de esta etapa, se dispuso a la aplicación del instrumento.

Todos los consultantes se les leyó el consentimiento informado previamente adjunto al instrumento (ver anexo 2) y luego de ser aceptado sin coerción ni obligatoriedad, se dispuso a la aplicación del instrumento. El instrumento fue aplicado y dirigido por un miembro de esta investigación y transcribiendo dicho instrumento de manera digital a través de su formato en archivo Word que almacenó la información individual y la recopiló con el resto. Por el carácter de ética y privacidad, el instrumento solo fue enumerado según orden de apareamiento aleatorio del usuario para aplicación del instrumento, y no tuvo relación directa al orden por edad, sexo, credo o estatus económico o académico

3.1.5. TRABAJO DE CAMPO

Para la realización de la presente investigación se procedió de la siguiente manera:

1. Se consultó con los promotores encargados del Caserío de Guarnecia para recabar la información acerca de la población en dichos caseríos.
2. Se procedió al reconocimiento del número total de hombres y mujeres dentro del área geográfica del Caserío de Guarnecia de Texistepeque, que cumplen

los criterios de inclusión en el periodo comprendido entre los meses de mayo a agosto de 2020.

3. Se buscó en las bases de datos de la unidad de salud de Guarnecia y se dispuso a pesquisas a través de expedientes a la población adulta mayor que contase con teléfono fijo o celular y se verifico si aún funciona haciendo una llamada para sondear estado de salud, morbilidad del usuario y ofreciendo consejería sobre de cuidado ante la pandemia del SARS-COV-2.
4. Se administró la encuesta a través del equipo investigador durante la telellamada o al momento que el usuario consulte o asista a controles en la unidad de salud.
5. Se procesó la información obtenida de la entrevista en una matriz de datos, se analizó la información y se presentaron los resultados de la investigación utilizando técnicas estadísticas (Gráficos de Barra y Gráficos de Sectores según convenga).

3.1.6. PLAN DE ANÁLISIS:

El análisis se realizó en una matriz de datos por medio de gráficas de barras o de sectores comparando en ellas el conocimiento que posee la población objetivo acerca de los diversos factores que promueven y estén presentes en la población geriátrica usuarios de los servicios de la unidad de salud de Guarnecia, a resistir en la participación del programa de adulto mayor, así como dilucidar en base a su frecuencia cuales los factores más frecuentes, discriminados por género y rango de edades y cuáles son los factores culturales, sociales o religiosos que alientan o impiden a la participación activa del mismo.

3.1.7. TABULACIÓN DE DATOS:

Se llevó a cabo la tabulación de datos obtenidos a través del instrumento que fue aplicado en la población diana, por medio de una tabla de frecuencia de un solo sentido y luego se representaron los datos en gráficos de barras o de pastel a través del programa Excel, para una mejor comprensión y un fácil abordaje para el posterior análisis de los mismos.

3.1.8 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

3.1.8.1 SUPUESTOS Y RIESGOS

- Que no se cuente con la disponibilidad de la población adulta mayor al realizar las llamadas telefónicas visitas domiciliarias o captar al usuario adulto mayor en la consulta espontánea en la unidad de salud de Guarnecia.
- Fallos en las líneas telefónicas fijas o móviles que impidan la aplicación idónea y oportuna del instrumento.
- Que no se pueda realizar la aplicación del instrumento por el personal médico, vía telefónica debido a la pandemia de COVID-19.
- Que la población adulta mayor no desee colaborar en dicha investigación, debido al estado de emergencia y a la cuarentena nacional por el COVID-19
- Que la información brindada por parte del sujeto de estudio no sea 100% veraz, por olvido o por omisión.

3.1.8.2 CONSIDERACIONES ETICAS DE LA INVESTIGACION

Considerando que nuestro interés como investigadores radicó en determinar los factores que inciden en la resistencia de la población geriátrica en el involucramiento en el programa del adulto mayor, se les informó a los usuarios que serían objeto de esta investigación, de los objetivos de la misma y de cuya finalidad es de interés

académico, por lo cual se les leyó y explicó a través de un consentimiento informado (anexo 2), a lo cual aceptaron sin coerción, ni imposición, ante lo cual aceptaron verbalmente y a través de sus huellas y/o firmas.

Se hizo hincapié sobre la privacidad y discreción de sus datos personales, de la información obtenida en el instrumento aplicado (ver anexo 3), para lo cual no se incluyó ni sus nombres, ni documentos personales, ni otros documentos que impliquen compromisos económicos ni legales. La muestra fue seleccionada para dicha investigación no fue discriminada por su género, condición social, religiosa, afectiva o sexual, siendo escogida por escogitación simple y al azar.

3.1.9 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

OBJETIVO	CONOCIMIENTO SOBRE:	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
DESCRIBIR LOS DIVERSOS FACTORES LOCALES O REGIONALES DE LA POBLACION GERIÁTRICA A PARTICIPAR DEL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR.	FACTORES LOCALES FACTORES REGIONALES	Es el conjunto de elementos o situaciones cercanas o que rodean al individuo determinan una determinada conducta individual. Es el conjunto de elementos o situaciones rodean en la región donde cohabita y coexiste el individuo que determinan una determinada conducta individual.	ENCUESTA

CUANTIFICAR LOS DIVERSOS FACTORES EN COMÚN EN LA POBLACION GERIÁTRICA QUE FAVORECEN LA NO PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR	ENFERMEDAD CRONICA	Diversas patologías propias de la edad que afectan las diversas esferas del individuo: HTA, DM, CANCER, EPOC, HIPO-HIPERTIROIDISMO)	E N C U E S T A
	ASILADOS	Individuos que de manera voluntaria o por decisión familiar son reclusos en centros de cuidado para el adulto mayor.	
	LIMITACIONES FISICAS	Diversas entidades clínicas que impiden, motriz o sensorial desenvolverse al individuo en su normalidad.	
	PATOLOGIAS MENTALES	Diversas entidades psicológicas y psiquiátricas propias del adulto mayor que afectan su entorno social y su integración con la sociedad.	

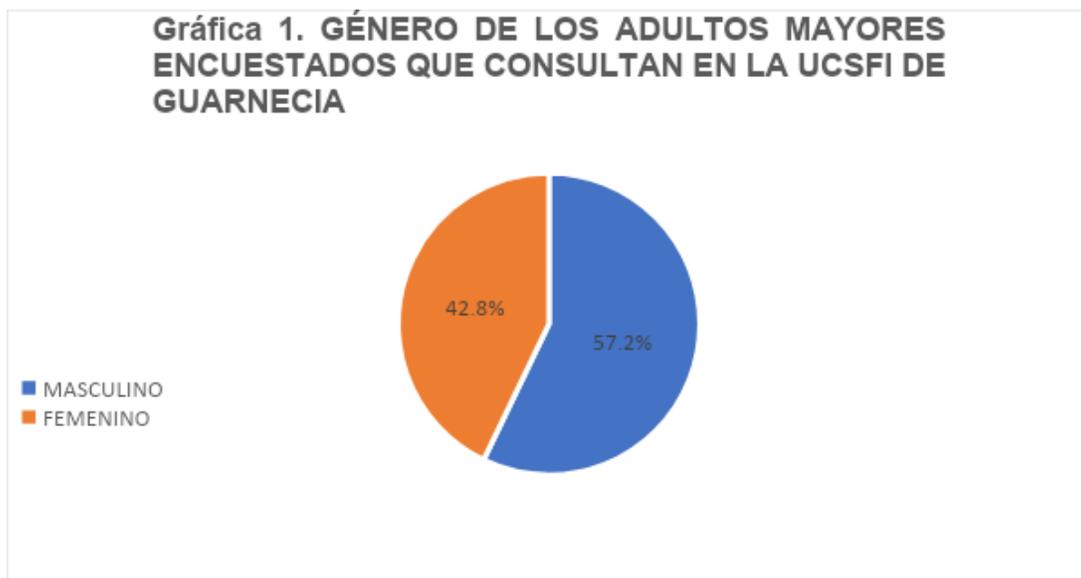
<p>ANALIZAR LOS ELEMENTOS QUE DETERMINAN LA APATÍA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR A INVOLUCRARSE EN LOS PROGRAMAS OFERTADOS EL MINISTERIO.</p>	<p>SOLVENCIA ECONOMICA</p>	<p>Conjunto de valores sociales y económicos que le permiten al individuo ser capaz de adquirir bienes y servicios.</p>	<p>E N C U E S T A</p>
	<p>RELIGION</p>	<p>Conjunto de creencias, normas de comportamiento y de ceremonias que son propias de un determinado grupo humano que reconoce la existencia o no de un ser divino, y condiciona su relación con los demás.</p>	
	<p>MACHISMO</p>	<p>Actitud o manera de pensar de quien sostiene que el hombre es por naturaleza superior que la mujer, lo que le imposibilita actuar o participar en actividades que involucren un rol femenino o en relación con las mujeres.</p>	
	<p>CULTURA</p>	<p>Conjunto de saberes, creencias y pautas de conducta de un grupo social.</p>	
	<p>PERSONAL DE SALUD</p>	<p>Todo individuo que labora en el sistema de salud, las diversas disciplinas que ella compete (médicos, enfermería, promotor de salud, etc.).</p>	

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA 5.0 GÉNERO DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS QUE CONSULTAN EN LA UCSFI DE GUARNECIA.

TABLA 5.0 GÉNERO DE LOS USUARIOS ENCUESTADOS		
GÉNERO	Σ	%
MASCULINO	12	57.2%
FEMENINO	9	42.8%



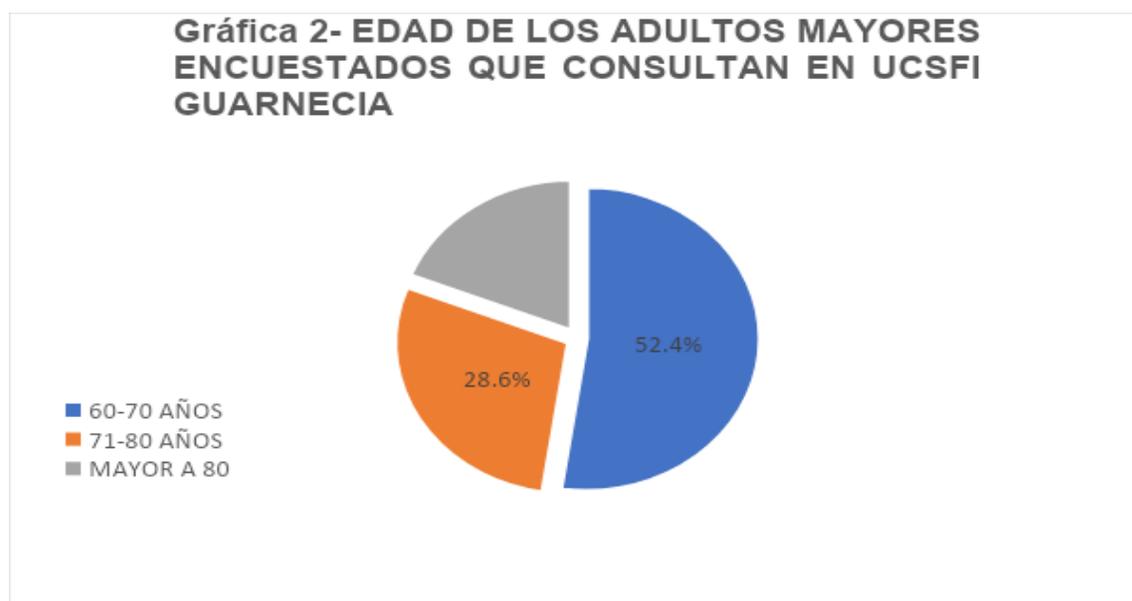
ANÁLISIS DE GRÁFICA 1:

Como podemos observar en el primer gráfico, el 57.2% de los encuestados (17/21) representan al género masculino y un 42.8% representan al género femenino (9/21). Podemos evidenciar pese a que, estadísticamente hablando, el sexo femenino es mayor población y, a la vez, el sector poblacional que más consulta, una mayor

población masculina adulta mayor registrada en las bases de datos de la unidad de salud de Guarnevia.

TABLA 6.0 EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS QUE CONSULTAN EN UCSFI GUARNECIA

TABLA 6.0 EDAD DE LOS USUARIOS ENCUESTADOS		
EDAD (AÑOS)	Σ	%
60-70	11	52.4%
71-80	6	28.6%
>80	4	19%



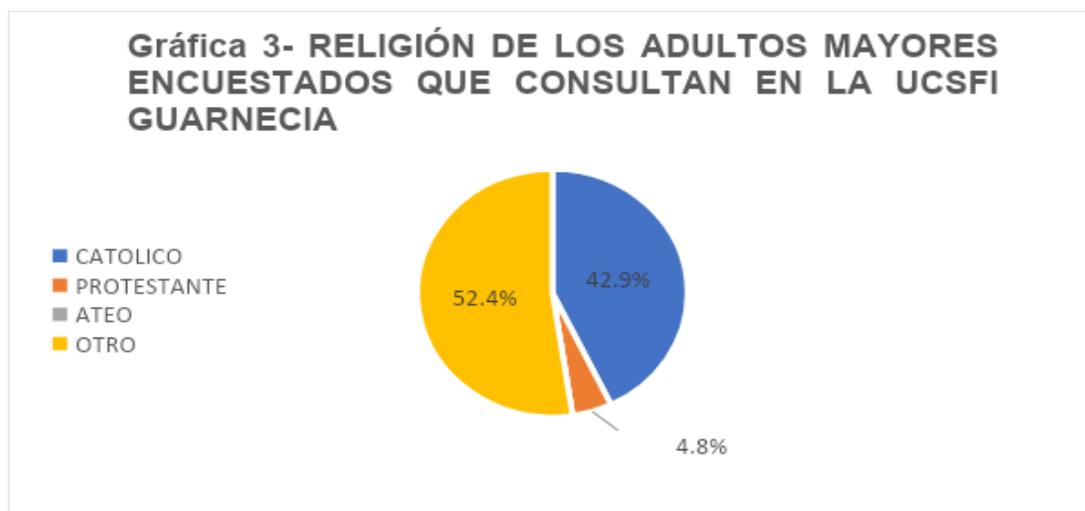
ANÁLISIS DE LA GRÁFICA 2:

Con respecto a la edad de los adultos mayores consultados a través de este instrumento, podemos observar que un gran porcentaje de la muestra (52%) se encuentran en el grupo de edad entre los 60-70 años (11/21), seguido por un 28.6%

que es el grupo de edad comprendido entre 71 a 80 (6/21) y un 19% comprendido por los mayores de 80 años (4/21).

TABLA 7.0 RELIGIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS QUE CONSULTAN EN LA UCSFI GUARNECIA

TABLA 7.0 RELIGION DE LOS USUARIOS ENCUESTADOS		
RELIGIÓN	Σ	%
CATÓLICO	9	42.9%
PROTESTANTE	1	4.8%
ATEO	0	0%
OTRO	11	52.4%

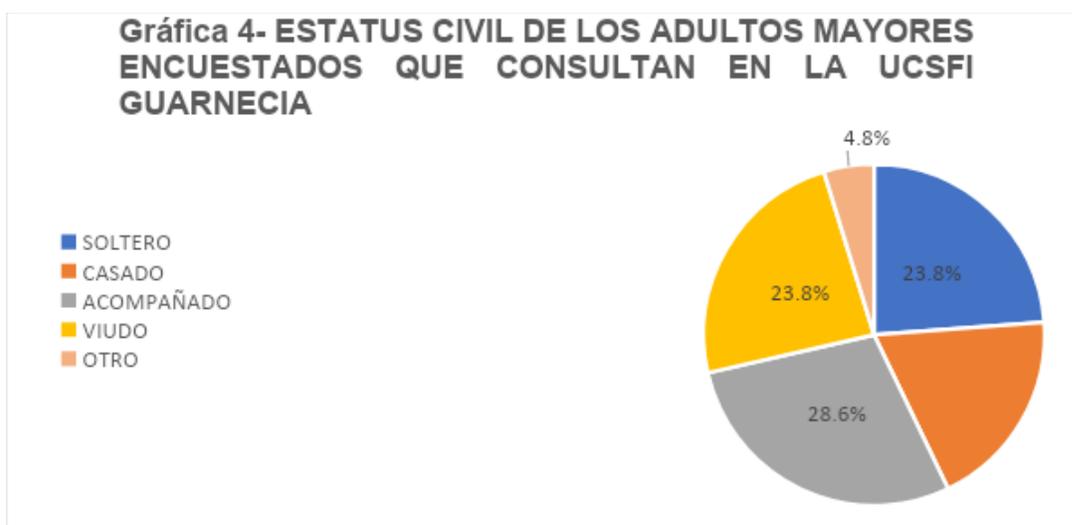


ANÁLISIS DE LA GRÁFICA 3

A través de esta gráfica se puede observar que un 52.4% (11/21) de los encuestados no se sienten identificados con los grupos religiosos tradicionales, mientras que el 42.9% (9/21) se identifican como católicos, en tanto que un 4% (1/21) se identifica como protestante. Ninguno de los encuestados (0%) se identifica como ateo.

TABLA 8.0 ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS QUE CONSULTAN EN LA UCSFI GUARNECIA

TABLA 8.0 ESTADO CIVIL DE LOS USUARIOS ENCUESTADOS		
ESTATUS CIVIL	Σ	%
SOLTERO	5	23.8%
CASADO	4	19%
ACOMPAÑADO	6	28.6%
VIUDO	5	23.8%
OTRO	1	4.8%



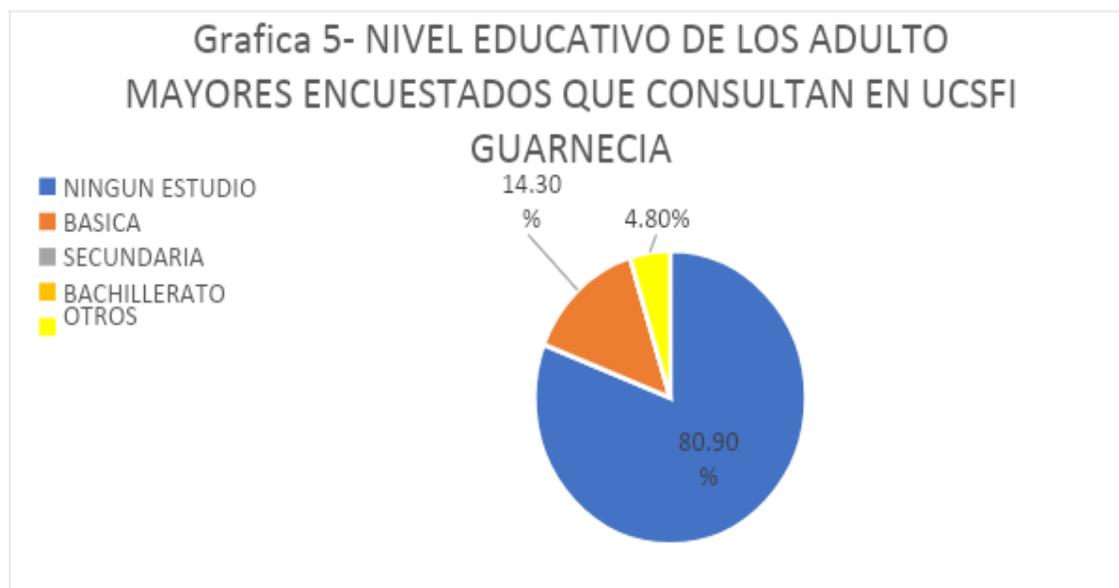
ANÁLISIS DE LA GRÁFICA 4:

Este ítem nos describe el estatus civil que presentan los usuarios encuestados, donde podemos observar que el 28.6% (6/21) se encuentran en uniones libres o acompañados, siendo la primera posición en frecuencia en la muestra de usuarios evaluados, seguido de un 23.8% (5/21) quienes se identifican como solteros, mientras que otro 23.8% (5/21) se denominan viudos; Solo un 19% de los encuestados (4/21) refieren estar casados (por lo civil o por lo religioso). Existe un

porcentaje muy pequeño del 4.8% (1/21) que se incluyen las personas homosexuales.

TABLA 9.0 EDUCACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS QUE CONSULTAN EN LA UCSFI GUARNECIA

TABLA 9.0 NIVEL DE EDUCACION DE LOS USUARIOS ENCUESTADOS		
EDUCACIÓN	Σ	%
NINGUNA	17	80.9%
BÁSICA	3	14.3%
SECUNDARIA	0	0%
BACHILLERATO	0	0%
OTROS	1	4.8%



ANÁLISIS DE LA GRÁFICA 5:

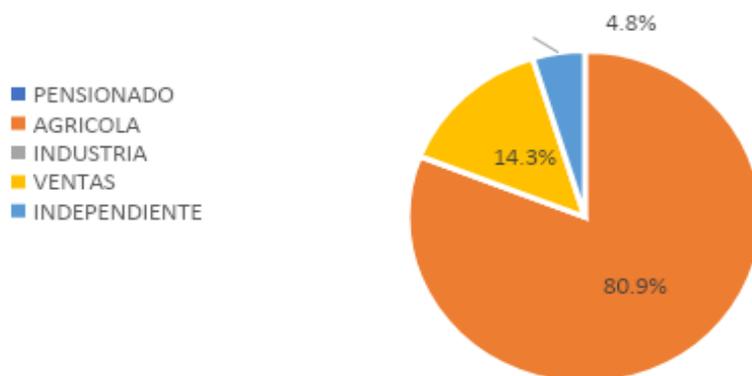
En lo que respecta al estatus académico- educativo, el 80.9% (17/21) no tuvo ningún estudio escolar o de tenerlo, hubo clara deserción sin haber logrado la promoción

hacia un grado escolar; Un 14.3% (3/21) logró cursar o concluir la educación básica, y sólo un 4.8% (1/21) logró cursar otros tipos de estudios; Ningún porcentaje de los entrevistados continuó el tercer ciclo ni el bachillerato (0% respectivamente).

TABLA 10.0 ESTATUS LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS QUE CONSULTAN EN LA UCSFI GUARNECIA

TABLA 10.0 ESTATUS LABORAL DE LOS USUARIOS ENCUESTADOS		
ESTATUS LABORAL	Σ	%
PENSIONADO	0	0%
AGRÍCOLA	17	80.9%
INDUSTRIA	0	0%
VENTAS	3	14.3%
INDEPENDIENTE	1	4.8%

Gráfica 6- ESTATUS LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS QUE CONSULTAN EN UCSFI GUARNECIA



ANÁLISIS DE LA PREGUNTA 6:

Con respecto al estatus laboral de los adultos mayores encuestados en esta investigación, el 80.9% (17/21) de los mismos refieren que se dedicaron y dedican actualmente al sector del agro, un 14.3% (3/21) se dedica a las ventas de productos de primera necesidad y/o comercio formal, mientras un 4.8% (1/21) se dedica a lo independiente, sea a ventas pequeñas y a subproductos producidos por ellos mismos que les dejan una limitada ganancia.

PARTE B

PREGUNTA 1. RESPONDA ESTA PREGUNTA SI ACTUALMENTE NO ESTÁ TRABAJANDO. SI EN LA ACTUALIDAD NO REALIZA TRABAJOS REMUNERADOS, ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED ESTUVO EMPLEADO?

TABLA 11. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED ESTUVO EMPLEADO?		
RESPUESTA	TOTAL	%
Hasta hace 5 años	4	19.3%
Entre 6 y 10 años	1	4.8%
Más de 11 años	2	9.5%
Nunca he tenido un trabajo remunerado	14	66.7%

GRÁFICA 7- ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED ESTUVO EMPLEADO?



ANÁLISIS DE LA PREGUNTA 1:

De las respuestas dadas por los encuestados, el 66.7% (14/21) afirma que nunca ha tenido un trabajo remunerado formal (referido a un salario fijo con respectivas cotizaciones de ley), frente a un 19.3% (4/21) quienes han realizado trabajos hasta hace 5 años, un 9.5% (2/21) hace más de 11 años y un pequeño porcentaje de 4.8% (1/21) ha laborado entre un periodo de 6 y 10 años. Podemos constatar entonces que la mayor parte de la población encuestada de Guarne presenta una actividad laboral condicionada al agro o a las actividades eventuales que le permiten tener un acceso más limitado al factor económico.

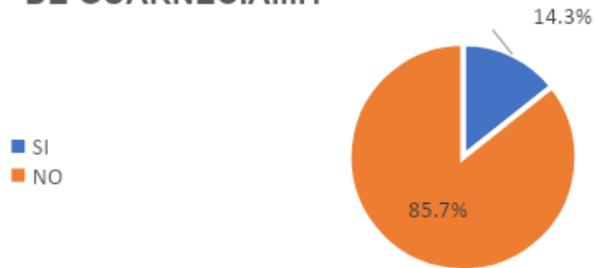
PREGUNTA 2. ¿UTILIZA USTED ALGÚN MEDIO DE TRANSPORTE PARA TRASLADARSE A LA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA DE GUARNECIA Y CUÁNTO TIEMPO LE TOMA EN LLEGAR?

TABLA 12.0 ¿UTILIZA USTED ALGÚN MEDIO DE TRANSPORTE PARA TRASLADARSE A LA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA DE GUARNECIA?			
NO	NO (%)	SI	SI (%)
18	85.7%	3	14.3%

TABLA 13.0 ¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMA EN LLEGAR?		
CUANTO TIEMPO	Σ	%
MENOS DE 5 MINUTOS	6	28.6%
ENTRE 5 Y 10 MINUTOS	9	42.9%
ENTRE 11 Y 20 MINUTOS	5	23.8%
MAYOR A 20 MINUTOS	1	4.8%

Para el análisis de la pregunta número 2, la dividiremos en dos partes: la primera que consiste en la aceptación o negación del uso de medios de transporte para trasladarse a la unidad de salud familiar intermedia de Guarnecia (GRÁFICA 8) y una segunda, en donde se computa el tiempo promedio que utiliza el usuario encuestado para desplazarse desde su domicilio hasta las instalaciones de la clínica para realizar sus controles regulares o consultas espontáneas (GRÁFICA 9).

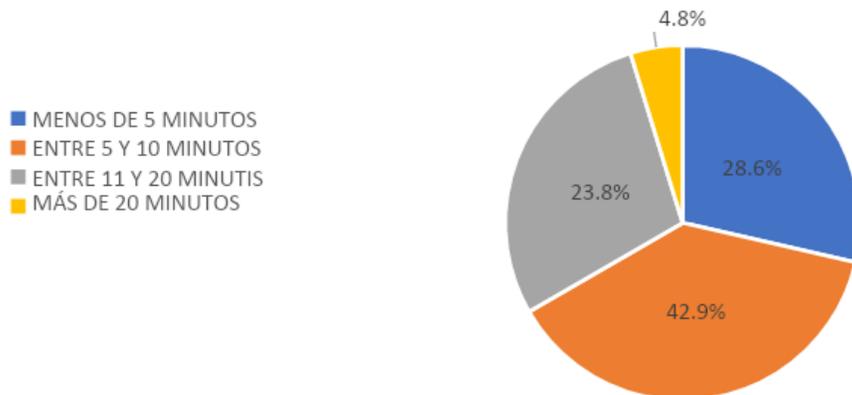
GRÁFICA 8. ¿UTILIZA USTED ALGÚN MEDIO DE TRANSPORTE PARA TRASLADARSE A LA UCSFI DE GUARNECIA....?



ANÁLISIS DE GRÁFICA 8:

Con respecto a la gráfica 9, sobre la primera parte de la pregunta (ver tabla 12), refiriéndose al uso de medios de transporte para desplazarse a la UCSFI de Guarnevia, el 85.7% (18/21) afirma que no requiere un medio de transporte para trasladarse a las instalaciones de la unidad de salud, versus un 14.3% (3/21) manifiestan que requieren depender de algún tipo de transporte para desplazarse hasta la ubicación de la clínica.

GRAFICA 9. ¿...CUÁNTO TIEMPO LE TOMA EN LLEGAR?



ANÁLISIS DE GRÁFICA 9:

Con respecto a la gráfica 9, sobre la segunda parte de la pregunta (ver tabla 13), la cual fue enfocada en determinar el tiempo invertido por el usuario de la unidad de salud en trasladarse a la misma, observamos que el 42.9% (9/21) requieren entre 5 y 10 minutos para desplazarse a las instalaciones de la clínica, junto a un 28.6% (6/21) que requieren menos de 5 minutos para llegar, reflejando la cercanía de la clínica a sus domicilios. Un 23.8% (5/21) requiere entre 11 y 20 minutos y a su vez un 4.8% (1/21) necesita más de 20 minutos para desplazarse a la clínica.

PREGUNTA 3: SI UD. CONSULTA EN LA UCSFI GUARNECIA, ¿VIVE CERCA DE LA UCSFI GUARNECIA?

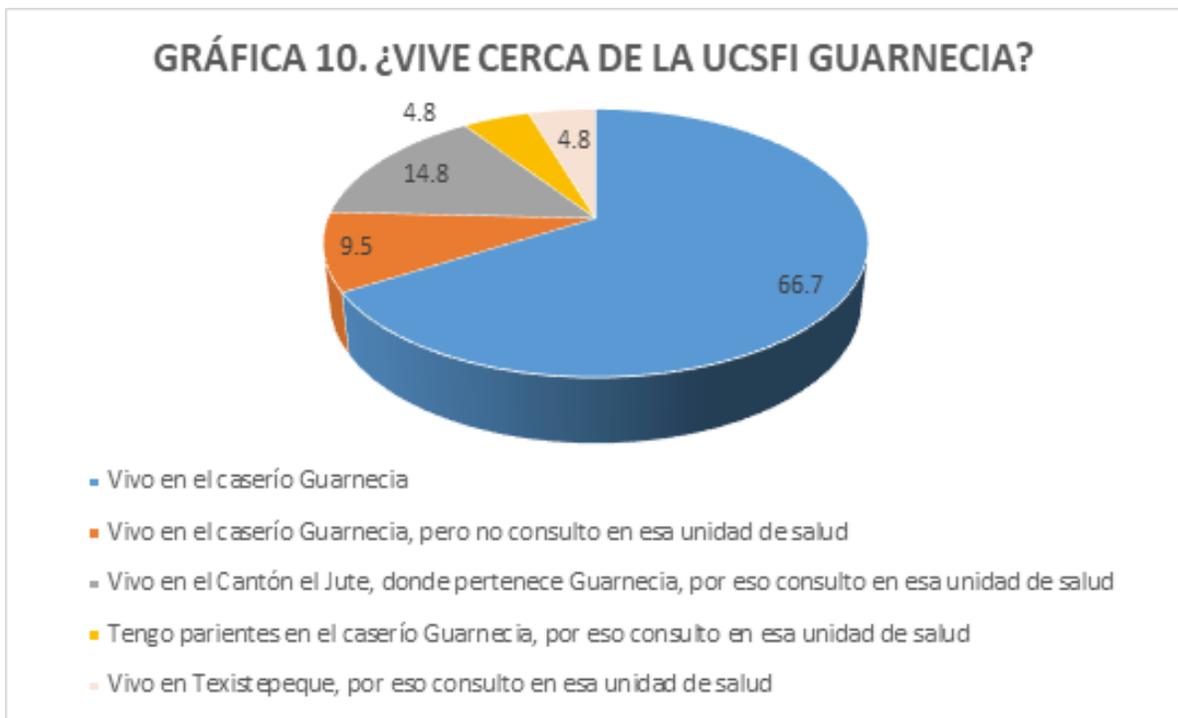
TABLA 13.0 ¿VIVE CERCA DE LA UCSFI DE GUARNECIA?		
RESPUESTA	TOTAL	%
A) Vivo en el caserío de Guarnecia.	14	66.7%
B) Vivo en el Caserío de Guarnecia, pero no consulto en esa unidad de Salud	2	9.5%
C) Vivo en el Cantón de El Jute, donde pertenece Guarnecia, por eso consulto en esa unidad de salud	3	14.8%
D) Tengo parientes en el caserío de Guarnecia, por eso consulto en esa unidad de Salud.	1	4.8%
F) Vivo en Texistepeque por eso consulto en esa unidad de Salud.	1	4.8%

ANÁLISIS DE LA PREGUNTA 3:

La presente gráfica describe la cercanía domiciliar del usuario encuestado con respecto a la UCSFI de Guarnecia, donde se evidencia que un 66.7% (14/21) refiere

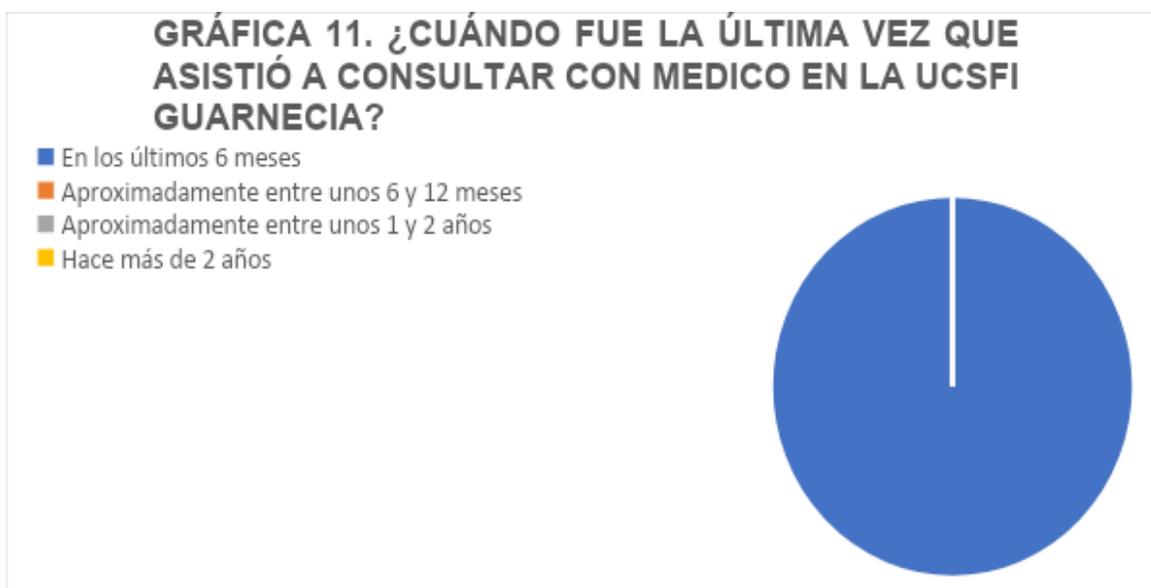
vivir en el caserío de Guarnevia y consultar en la unidad de salud, frente a un 9.5% (2/21) quienes viven también en el caserío de Guarnevia y que, por razones personales no consulta en dicha clínica. Por otro lado, 14.8% (3/21) de los encuestados refieren vivir en el cantón El Jute, dentro del cual se encuentra geográficamente el caserío de Guarnevia, sede de la unidad de salud y quienes afirman también consultar en dicha clínica.

También se presenta un 9.6% de los consultados, quienes refieren tener parientes en el caserío de Guarnevia y por dicha razón solicita servicios médicos en dicha clínica, así como otro sector que refiere vivir en Texistepeque por eso consulto en esa unidad de Salud (4.8% respectivamente).



PREGUNTA 4: ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE ASISTIÓ A CONSULTAR CON MÉDICO EN LA UCSFI GUARNECIA?

TABLA 14.0 ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE ASISTIÓ A CONSULTAR CON MÉDICO EN LA UCSFI GUARNECIA?		
RESPUESTA	TOTAL	%
En los últimos 6 meses	21	100%
Aproximadamente entre unos 6 y 12 meses	0	0%
Aproximadamente entre unos 1 y 2 años	0	0%
Hace más de 2 años	0	0%



ANÁLISIS DE LA PREGUNTA 4:

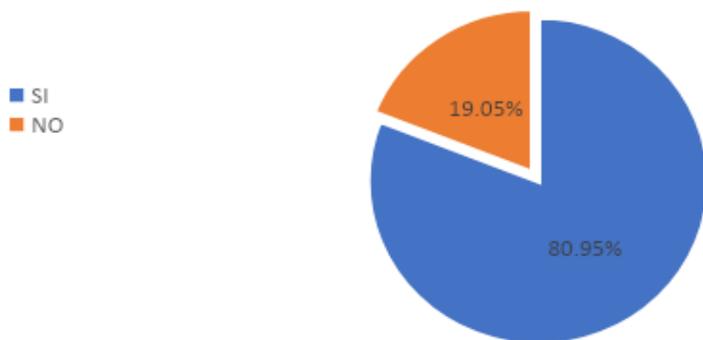
Como se puede evidenciar, el 100% (21/21) de los encuestados ha consultado servicios médicos ofertados en la unidad de salud de Guarnevia en los últimos seis meses del año.

PREGUNTA 5: ¿ESTÁ UD. INFORMADO POR PARTE DE MEDICO, ENFERMERÍA O EL PROMOTOR DE SALUD SOBRE EL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR, QUE SE ESTÁ MANEJANDO EN LA UCSFI DE GUARNECIA?

TABLA 15.0 ¿ESTÁ UD. INFORMADO POR PARTE DE MÉDICO, ENFERMERÍA O EL PROMOTOR DE SALUD SOBRE EL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR, QUE SE ESTÁ MANEJANDO EN LA UCSFI DE GUARNECIA?

RESPUESTA	TOTAL	%
SI	17	80.95%
NO	4	19.05%

GRÁFICA 12 ¿ESTÁ UD. INFORMADO POR PARTE DE MEDICO, ENFERMERÍA O PROMOTOR DE SALUD SOBRE EL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR, QUE SE ESTÁ MANEJANDO EN LA UCSFI DE GUARNECIA?



ANÁLISIS DE LA PREGUNTA 5:

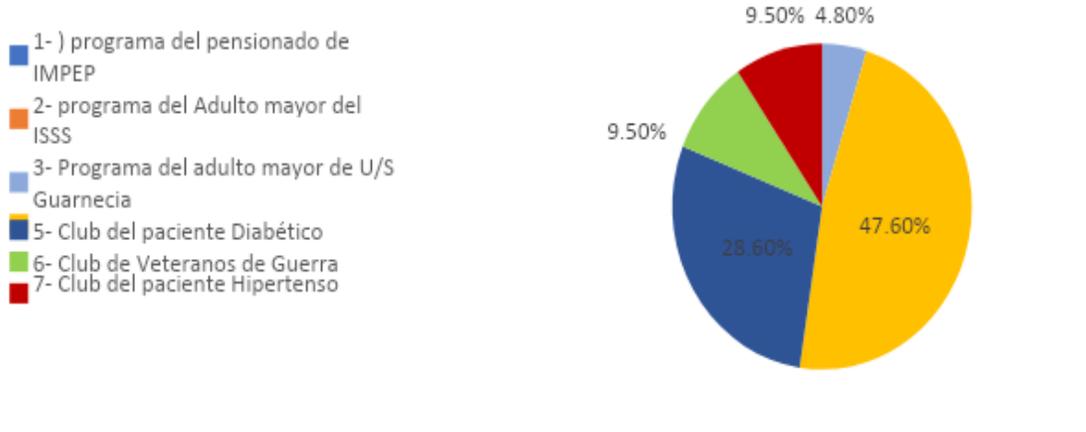
En esta gráfica 12, se consideró evaluar si existe conocimiento por parte del sujeto encuestado, sobre información del programa de Adulto Mayor en la unidad de salud familiar intermedia de Guarnecia obtenida del médico, enfermera o promotor de salud que labora en dicho centro de salud. Un 80.95% (17/21) de los evaluados refiere que existe suficiente información acerca del programa del adulto mayor referido por parte del personal de salud que labora en dicha unidad de salud, frente a un 19.05% que refiere que dicho personal no le ha informado o invitado a participar del programa.

Con ello, se evidencia que, aunque existe una alta tasa de información de dicho programa, se debe encaminar a mejorar estrategias logísticas para incrementar la información y la invitación de la población geriátrica a participar en dicho programa.

PREGUNTA 6: ¿ACTUALMENTE ESTÁ UD. INVOLUCRADO EN CUALQUIER TIPO DE PROGRAMA DE ADULTO MAYOR?

TABLA 16.0 ¿ACTUALMENTE ESTÁ UD. INVOLUCRADO EN CUALQUIER TIPO DE PROGRAMA DE ADULTO MAYOR?		
RESPUESTA	TOTAL	%
1) programa del pensionado de IMPEP	0	0%
2) programa del Adulto mayor del ISSS	0	0%
3) Programa del adulto mayor de U/S Guarnecia	1	4.8%
4) No, no estoy asistiendo a ninguno	10	47.6%
5) Club del paciente Diabético	6	28.6%
6) Club de Veteranos de Guerra	2	9.5%
7) Club del paciente Hipertenso	2	9.5%

GRÁFICA 13 ¿ACTUALMENTE ESTÁ UD. INVOLUCRADO EN CUALQUIER TIPO DE PROGRAMA DE ADULTO MAYOR?



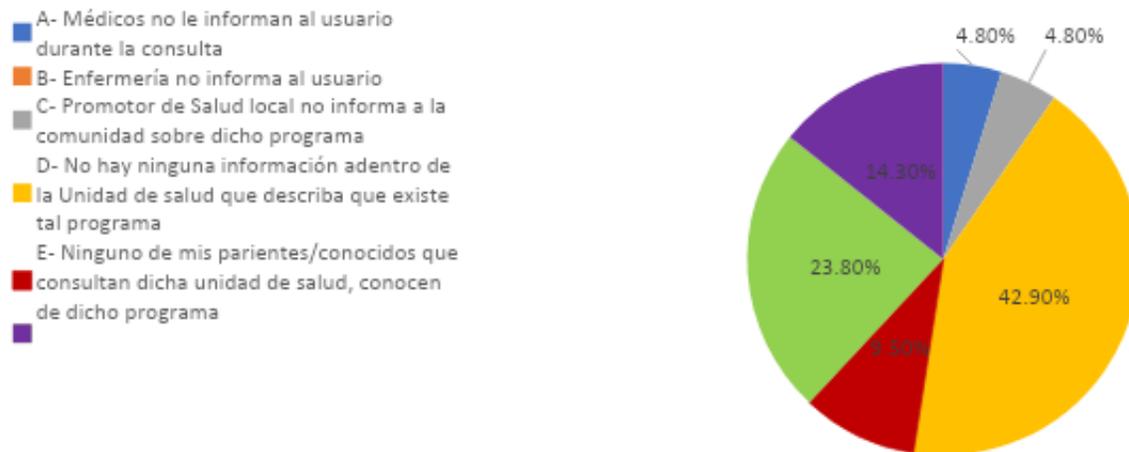
ANÁLISIS DE LA PREGUNTA 6:

Es el 47.6% (10/21) de los adultos mayores encuestados quienes no están asistiendo a un programa ofertado en la unidad de salud, mientras un 28.6% participa activamente en el club de los pacientes diabéticos (6/21) frente a un 19% de los encuestados que participan en el club de veteranos de guerra (2/21) y de pacientes hipertensos (2/21) con 9.5% cada uno, respectivamente. Con respecto al programa del adulto mayor, solamente un 4.8% (1/21) refiere participar en el mismo.

PREGUNTA 7: ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES, EN SU EXPERIENCIA PERSONAL, CONSIDERA QUE AFECTAN EN LA FALTA DE CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR, ¿REALIZADO EN LA UCSFI DE GUARNECIA?

TABLA 17.0 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES, EN SU EXPERIENCIA PERSONAL, CONSIDERA QUE AFECTAN EN LA FALTA DE CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR, REALIZADO EN LA UCSFI DE GUARNECIA?		
RESPUESTA	TOTAL	%
A-) Médicos no le informan al usuario durante la consulta	1	4.8%
B-) Enfermería no informa al usuario	0	0%
C-) Promotor de Salud local no informa a la comunidad sobre dicho programa.	1	4.8%
D-) No hay ninguna información adentro de la Unidad de salud que describa que existe tal programa.	9	42.9%
E-) Ninguno de mis parientes/conocidos que consultan dicha unidad de salud, conocen de dicho programa.	2	9.5%
F-) No me gusta participar de dichas reuniones.	5	23.8%
G-) Temo contagiarme de COVID u otras enfermedades en dichas reuniones.	3	14.3%

GRÁFICA 14. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES, EN SU EXPERIENCIA PERSONAL, CONSIDERA QUE AFECTAN EN LA FALTA DE CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR, REALIZADO EN LA UCSFI DE GUARNECIA?



ANÁLISIS DE LA PREGUNTA 7:

Como podemos apreciar, el principal motivo por el cual los adultos mayores no asisten al programa siendo un 42.9% de los encuestados (9/21) es debido a la falta de información en los espacios físicos de la unidad que ofrecen los programas (carteles, charlas, etc.); también los usuarios encuestados evalúan que el médico (1/21) y el promotor de salud (1/21) no brindan la información suficiente o la misma en calidad para promocionar los diversos servicios ofertados en dicha unidad de salud, en especial el programa del adulto mayor (4.8% cada uno, respectivamente).

Es de considerar que el 9.5% (2/21) no refieren ninguna información sobre el programa del adulto mayor obtenida por parte de parientes y allegados que siendo parte de la población consultante, tampoco le brindan referencia de dicho programa. Es notable que, ante la nueva situación inédita del estado de emergencia en el que el país se encuentra, se observa que el 14.3% (3/21) siente temor a contagiarse de

SARS-COV-2, razón por la cual limita la participación de los adultos mayores del mismo programa.

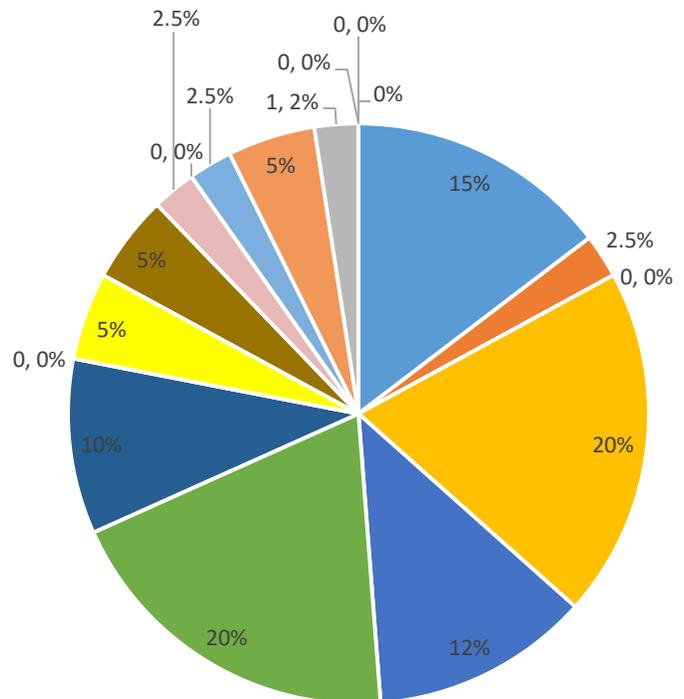
PREGUNTA 8: ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES, EN SU EXPERIENCIA PERSONAL, ¿CONSIDERA QUE AFECTAN EN LA FALTA DE PARTICIPACIÓN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR REALIZADO EN LA UCSFI DE GUARNECIA?

TABLA 18.0 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES, EN SU EXPERIENCIA PERSONAL, CONSIDERA QUE AFECTAN EN LA FALTA DE PARTICIPACIÓN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR REALIZADO EN LA UCSFI DE GUARNECIA?		
RESPUESTA	TOTAL	%
1) Distancia/transporte	6	15%
2) Falta de información	1	2.5%
3) Falta de Orientación	0	0%
4) Falta de tiempo Libre	8	20%
5) No sé leer/escribir	5	12%
6) No cuento con dinero para ir	8	20%
7) Tengo responsabilidad familiar	4	10%
8) Problemas de Maras	0	0%
9) Discapacidad senso-motriz	2	5%
10) Miedo a contagiarme de COVID	2	5%
11) Grave problema de salud	1	2.5%
12) No vivo en el Caserío /cantón	0	0%
13) Tengo problemas familiares	1	2.5%
14) Rehúye a eventos sociales	2	5%
15) Deprimido /apático	1	2.5%
16) Problemas con mi Fe/ religión	0	0%

17) No me agrada el personal de salud que imparte el programa	0	0%
18) Maltrato verbal o físico por parte de personal de UCSFI	0	0%

GRAFICA 15. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FACTORES, EN SU EXPERIENCIA PERSONAL, CONSIDERA QUE AFECTAN EN LA FALTA DE PARTICIPACIÓN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR REALIZADO EN LA UCSFI DE GUARNECIA?

- 1- Distancia/transporte
- 2- Falta de información
- 3- Falta de Orientación
- 4- Falta de tiempo Libre
- 5- No sé leer/escribir
- 6- No cuento con dinero para ir
- 7- Tengo responsabilidad familiar
- 8- Problemas de Maras
- 9- Discapacidad senso-motriz
- 10- Miedo a contagiarme de COVID
- 11- Grave problema de salud
- 12- No vivo en el Caserío /cantón
- 13- Tengo problemas familiares
- 14- Rehúye a eventos sociales
- 15- Deprimido /apático
- 16- Problemas con mi Fe/ religión
- 17- No me agrada el personal de salud que imparte el programa
- 18- Maltrato verbal o físico por parte de personal de UCSFI
-



ANÁLISIS DE LA PREGUNTA 8:

En esta pregunta de respuesta múltiple, nos encontramos ante opiniones muy divididas, siendo las más repetidas, la situación económica (20%), la falta de tiempo libre (20%) y la distancia/transporte (15%) de los encuestados refieren como factores de afectación a la hora de participar activamente en el programa de adulto mayor.

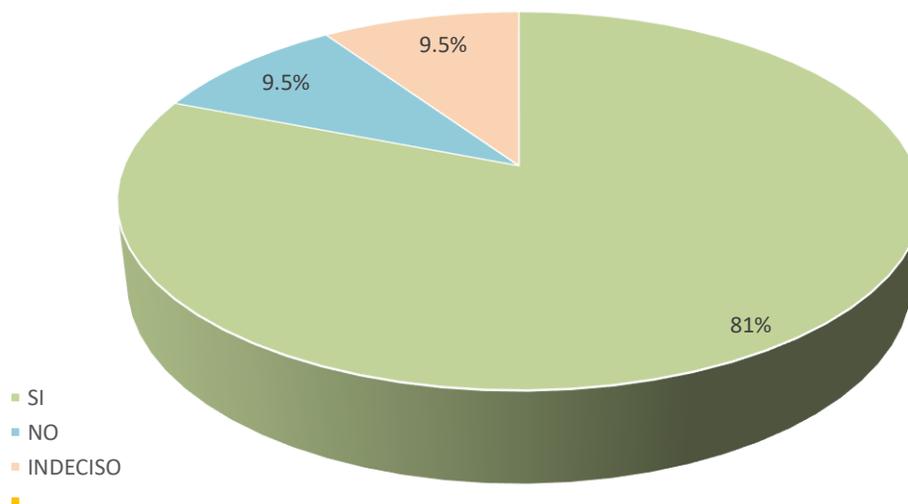
Por otro lado, factores como el analfabetismo (12%), el tener responsabilidad familiar (10%) es una de las justificaciones para no participar en las reuniones de adulto mayor. Se observa un 15% en conjunto de respuestas obtenidas, encaminada a dificultades senso-motrices, rehuir a eventos o reuniones de índole social, así como el temor al contagio de SARS-COVID-19 (5% cada una respectivamente); un 10% en conjunto, refieren que les afecta para participar en el programa, la falta de información, graves problemas de salud, problemas intrafamiliares o comportamiento depresivo o apático (cada uno con 2.5% respectivo), quienes pueden ligarse a las situaciones atípicas que el país enfrenta.

Cabe destacar que las respuestas tales como de la falta de Orientación sobre el programa, problemas y temores relacionados con las Maras, problemas de índole religiosa o de fe, el no vivir en el Caserío y/o cantón, así como respuestas tales como el no agrado del personal de salud que imparte el programa, el maltrato verbal o físico por parte de personal de UCSFI se puntuaron con 0% respectivamente.

PREGUNTA 9: ¿DE SER INVITADO, USTED PARTICIPARÍA DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA PARA EL ADULTO MAYOR, ¿QUE REALIZA LA UCSFI DE GUARNECIA?

TABLA 19.0 ¿DE SER INVITADO, USTED PARTICIPARÍA DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA PARA EL ADULTO MAYOR, QUE REALIZA LA UCSFI DE GUARNECIA?		
RESPUESTA	TOTAL	%
SI	17	81%
NO	2	9.5%
INDECISO	2	9.5%

GRAFICA 16. ¿DE SER INVITADO, UD. PARTICIPARÍA DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA PARA EL ADULTO MAYOR, QUE REALIZA LA UCSFI DE GUARNECIA?



ANÁLISIS DE LA PREGUNTA 9:

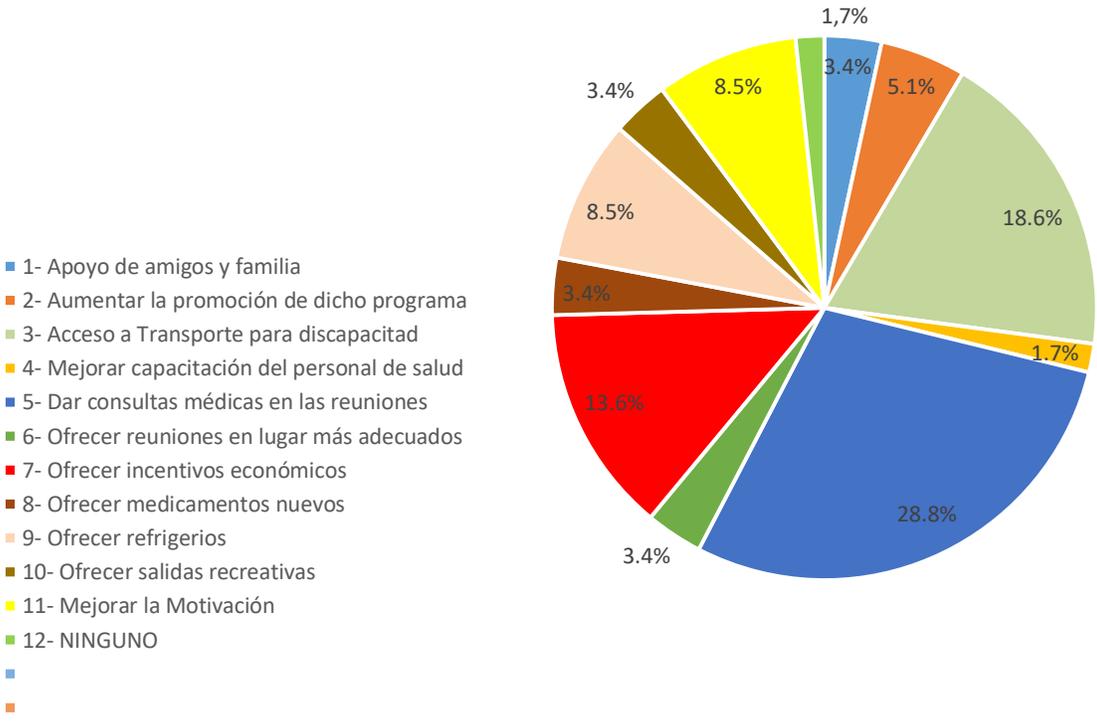
Un 81% (17/21) de los encuestados se muestra accesible a participar e integrarse al mismo; Sin embargo, coexiste también a un porcentaje menor pero considerable de desinterés o indecisión (2/21) y/o rechazo total (2/21) a la participación en este programa (cada uno con un 9.5% respectivamente)

PREGUNTA 10: ¿CUÁL DEL SIGUIENTE ELEMENTO CREE QUE SERÍA ÚTIL PARA ANIMAR A UD. PARA QUE SE INVOLUCRE MÁS ACTIVAMENTE EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR, REALIZADAS POR LA UCSFI DE GUARNECIA?

TABLA 20.0 ¿CUÁL DEL SIGUIENTE ELEMENTO CREE QUE SERÍA ÚTIL PARA ANIMAR A UD. PARA QUE SE INVOLUCRE MÁS ACTIVAMENTE EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR, REALIZADAS POR LA UCSFI DE GUARNECIA?		
RESPUESTA	TOTAL	%
1) Apoyo de amigos y familia	2	3.4%
2) Aumentar la promoción de dicho programa	3	5.1%
3) Acceso a Transporte para discapacitados	11	18.6%
4) Mejorar capacitación del personal de salud	1	1.7%
5-) Dar consultas médicas en las reuniones	17	28.8%
6-) Ofrecer reuniones en lugar más adecuados	2	3.4%
7-) Ofrecer incentivos económicos	8	13.6%
8-) Ofrecer medicamentos nuevos	2	3.4%

9-) Ofrecer refrigerios	5	8.5%
10-) Ofrecer salidas recreativas	2	3.4%
11-) Mejorar la Motivación	5	8.5%
12-) NINGUNO	1	1.7%

GRAFICA 17 ¿CUÁL DEL SIGUIENTE ELEMENTO CREE QUE SERÍA ÚTIL PARA ANIMAR A UD. PARA QUE SE INVOLUCRE MÁS ACTIVAMENTE EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR, REALIZADAS POR LA UCSFI DE GUARNECIA?



ANÁLISIS DE LA PREGUNTA 10:

En este último ítem de la investigación (gráfica 20) nos permite involucrar a los encuestados en la búsqueda de posibles soluciones que se puedan implementar para un mayor involucramiento en el programa del adulto mayor.

Esta pregunta de selección múltiple, nos sugiere que en un 28.8% de los adultos mayores consultados consideran que brindar atención médica durante las reuniones serviría para incrementar la participación en el mismo, siguiéndole un acceso a Transporte para discapacitados (18.6%) y ofrecimiento de incentivos económicos (13.6%). Las respuestas también sugieren que generar ambiente motivacional a través de dinámicas y otras actividades de esparcimiento (8.5%) en conjunto con ofrecer refrigerios (8.5%) y el aumentar la promoción de las reuniones a dichas actividades (5.1%) generarían el ambiente propicio para acercar a este sector poblacional a las actividades contempladas en el programa.

CONCLUSIONES

- 1- El adulto mayor es un sector de nuestra población que por definición comprende todos aquellos hombres y mujeres mayores de 60 años; Dicho sector es divergente, olvidado, muchas veces incomprendido, tanto por sus convivientes, como por la sociedad que los rodea, inclusive con un sector de los proveedores de servicios de salud; víctimas de un sistema injusto que los ha relegado a una posición que muchas veces no dignifica la propia vida humana.
- 2- Con respecto al género de los encuestados, el adulto mayor del sexo masculino es, a partir de lo investigado, el que predominó en el muestreo poblacional de quienes fueron evaluados, pese a la notable diferencia entre proporción hombre-mujer existente en la población salvadoreña, así como de lo evidenciado en la población consultante que frecuenta a solicitar los servicios de la UCSFI Guarneca.
- 3- Basado en los objetivos previamente expuestos a la hora de encaminar esta investigación, analizamos que sobre la accesibilidad geográfica de la población geriátrica a la infraestructura de la UCSFI de Guarneca, afectan en la no participación en el programa de adulto mayor: el medio de transporte no representa en la mayoría de los casos, un impedimento para consultar a la unidad de salud y menos para la no participación de los diversos programas (incluido el programa del adulto mayor) ofertados por la clínica. Sin embargo, sigue existiendo un porcentaje de los que, si requieren transporte a la unidad de salud y podría suponerse, partiendo de dicha respuesta, que sea una razón por la cual distancien el número de controles clínicos o consultas espontáneas, inclusive para la participación activa en el programa del adulto mayor.
- 4- En cuanto a que si las enfermedades crónicas y/o degenerativas y sus complicaciones, favorecen la no participación en el programa del adulto mayor, se evidenció en esta investigación que la mayoría de los usuarios encuestados

es activo en controles clínicos, los servicios curativos, especializados y complejos debido a las múltiples enfermedades características de esa etapa de la vida; así mismo, la mayoría de los encuestados no viven lejos de las instalaciones de la unidad de salud y por tanto no hay evidencia en esta investigación de que dichas enfermedades sean motivos para limitar la participación activa en el programa del adulto mayor. También es clara la tendencia de los ancianos que algunos programas de salud para la población geriátrica, a la cabeza el programa del adulto mayor no sea atractivo para su participación activa por los usuarios que consultan en la unidad de salud comunitaria familiar de Guarnecia.

- 5- Se verificó sobre si la falta de capacitación del personal de salud involucrado en el programa y la manera en cómo lo aplican en el usuario, influye en la apatía de la población geriátrica a involucrarse en el programa del adulto mayor, observándose que la población geriátrica encuestada encuentra en el personal médico y en el promotor de salud una pobre información sobre el programa, no así en el personal de enfermería, es decir, que la generalizada y limitada información obtenida directamente de los proveedores de servicios en salud no es suficiente o de calidad para motivar e incentivar la participación activa en el programa; aunado a ello, también refirieron que dentro de las instalaciones de la unidad de salud no existe información audiovisual sobre este y otros programas lo que refuerza en esta población que no existe dicho programa y por ende, la falta de asistencia a las reuniones mensuales programadas. Ello concluye que la mayoría de los encuestados no está asistiendo debidamente informado y que, el personal médico y promotor de salud no conoce sobre el programa del adulto mayor, o no se desarrollan las actividades debidamente estipuladas de tipo mensual, con poco incentivo del participar en el programa por parte de la población, lo que condiciona per se, a la inasistencia.
- 6- Sobre si la falta de conocimiento de las actividades del programa para la atención integral del adulto mayor hace que sean rechazadas idiosincráticamente por la población geriátrica. Dentro de los resultados esperados, existe una gran

proporción de la muestra encuestada la cual si conoce generalidades sobre los diversos servicios ofertados por la UCSFI de Guarnecia, incluyendo el programa del adulto mayor; se encontró que coexiste con esta pobre información sobre el programa, una franca desidia por participar en el programa del adulto mayor, valorándose todo ello a partir de los siguientes resultados: primeramente, la mayoría no utiliza medios de transporte para desplazarse hacia la infraestructura de la unidad de salud, debido a que viven muy cerca o relativamente cerca, el tiempo que toman para llegar a la clínica se encuentra entre los 5 y 10 minutos, el 100% de los entrevistados ha consultado en la unidad por cualquier causa clínica en los últimos 6 meses, gran porcentaje de los adultos mayores encuestados están informados del programa y sus clubes.

- 7- La infraestructura de servicios para satisfacer dicha demanda, por otro lado, no está estratégicamente localizada y, por el otro, no existe el personal de salud preparado para atender de manera integral la salud del anciano. Se requiere conocer las proyecciones de población y realizar estudios sobre la utilización de servicios, para diseñar modelos de prevención, atención y cuidado de la salud que se puedan aplicar a la población de mayor edad. No es cuestión sólo de crear más y mejores servicios, sino también de inculcar una cultura de la salud: informar, educar y practicar desde la infancia conductas de salud enfocadas a la prevención y diagnóstico temprano de enfermedades. Al mismo tiempo, es necesario echar a andar programas que ayuden al anciano a tener una mejor calidad de vida, ya que muchos padecen enfermedades complejas y dolorosas que hay que diagnosticar, tratar y curar. Esto implica una gran inversión de recursos encaminados a tratar en primera instancia y a prevenir en un plazo mayor.
- 8- Con respecto a las soluciones propuestas para animar al mayor involucramiento del programa, se concluye lo siguiente: la atención médica es considerada por la población encuestada como la mayor fuente de motivación para asistir a las reuniones (28.8%), lo que se traduce que, en cada actividad del programa, debe

estar presentes entre los componentes de la atención médica enfocada en el adulto mayor. El transporte hacia la unidad de salud de los usuarios discapacitados (18.6%) resulta también en un aliciente para el mayor involucramiento del programa y muy de tomar encuentra también entre las estrategias a considerar en el programa; una de las variables a considerar fue los incentivos económicos (13.6%) tienen una considerable aceptación de los encuestados como motivación, tanto para solventar la posibilidad de alquilar transporte semipúblico que, hoy por hoy, debido a la pandemia se encuentra inhabilitado, permitiendo el transporte privado con exorbitantes precios, lo que permite la frecuencia del consultar en la unidad de salud.

9- La mayoría admite que, ante el razonamiento hipotético de ser invitados al programa, responderían de manera afirmativa, de esto podemos concluir que existe de parte de los entrevistados una notable intención de participar en el programa, de coexistir el interés y la preocupación por sus necesidades por parte del provisor de servicios en materia de salud, lo que conduce a aceptar la propuesta. Por lo contrario, también está la decisión inapelable de algunos de los encuestados en no participar al programa, radique en la desinformación preexistente sobre el programa del adulto mayor, la situación socioeconómica de sus hogares, conflictos particularizados con algún trabajador de salud, población a la cual, debería ser estimulada para su participación activa del mismo.

10-Como conclusión final, podemos decir que es cierto, la atención integral e integradora hacia la población geriátrica hace la diferencia de una población o comunidad: sin embargo para identificar una calidad en los servicios prestados ante las necesidades concretas identificables en la población geriátrica en cada comunidad, se requieren 3 grandes pilares: tener un personal prestador de servicios en salud capacitado y calificado en el programa de adulto mayor y subprogramas correlacionados a éste, los recursos económicos, audiovisuales y estructurales que les permitan realizar las actividades de transporte, de consulta médica, de incentivos alimentarios y terapéuticos así como actividades lúdicas

que propicien el tercer componente: una población adulta mayor adecuadamente informada, orientada según sus necesidades, incentivada y motivada a participar de dichos programas. De lo contrario, seguirán siendo, entre todos los servicios ofertados en la unidad de salud de Guarnecia y de cualquier otra, una población relegada a la mera consulta espontánea o a controles rutinarios por patologías propias de esta edad.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones necesarias a partir de esta investigación están encaminadas hacia tres entidades globalizantes que inquieren en la responsabilidad social de la población adulta mayor: el ministerio de salud, el personal de salud y la sociedad civil.

1. Al ministerio de salud, se le recomienda actualizar el programa del adulto mayor que se estableció para el primer nivel de atención en salud, el cual tiene ya un tiempo considerable de existir y en nuestra apreciación, algunas actividades no son implementadas, adecuadas para este vulnerable sector, por el hecho de que en la mayoría de los establecimientos de salud los referentes de los programas no están capacitados, involucrados y empoderados de la forma más adecuada para implementarlo; en una sociedad tan cambiante como la nuestra, se hace necesario vigilar el cumplimiento, modernizar algunas estrategias en materia de salud, capacitar contantemente al personal para ofrecer el servicio de forma más integral e integradora y que esta función no solo quede relegada a los educadores en salud.
2. Se recomienda mejorar la capacidad instalada de los establecimientos de salud, con el fin de volverla espacios acogedores e inclusivos "amigables" para los adultos mayores, como lo son rampas de acceso para personas en sillas de ruedas o discapacitados las que, en muchas ocasiones se recurre a la improvisación para

poder desarrollar las reuniones u otras actividades; así como también gestionar con entidades públicas y/o privadas los constantemente los gastos que dichas actividades generan, sobre todo en las actividades recreativas-lúdicas (refrigerios, material para manualidades, recursos audiovisuales, visualizar transporte gratuito para el usuario discapacitado, consultas médicas durante las actividades, etc.).

3. Al personal de salud, se le recomienda capacitarse constantemente en la atención integral de los adultos mayores, incrementar sus conocimientos sobre las patologías geriátricas más frecuentes que los aquejan, involucrarse en las necesidades particulares y colectivas de los mismos, para así brindar una consejería oportuna, eficaz y pertinente.

4. El componente de salud mental debe ser un área que los proveedores de los servicios de salud deben manejar permanentemente, ya que gran parte de los adultos mayores experimenta crisis depresivas o distímicas, muchos de ellos en condiciones de abandono o con padecimientos que limitan su calidad de vida, aunados a la actual situación de emergencia por la pandemia del SARS-COV-2. Se recomienda trabajar en la empatía, autocontrol y disposición al servicio que debe tener todo trabajador de salud, en concordancia con las capacidades limitadas que la población geriátrica presentan a nivel sociocultural y psicoactivo, puesto que hay un estigma social de que los servidores del sector salud público son déspotas, poco pacientes, ineficientes, indiscretos e intolerantes, en especial con este sector poblacional; lo que genera desconfianza en los adultos mayores y los aleja de participar en el programa.

5. Entre otras recomendaciones destacamos: desarrollar habilidades de comunicación inclusiva e integradora, ya que con los adultos mayores muchas veces se dificulta el desarrollar estabilidad emocional ante las estresantes situaciones que se viven en los establecimientos de salud, incrementar la atención a los detalles que en muchas ocasiones pueden hacer la diferencia terapéutica y así dar una buena impresión del prestador del servicio de salud, mejorar las

habilidades para resolver problemas emergentes los cuales suceden de manera inesperadas.

6. A la sociedad civil, a los buenos ciudadanos que no olvidaron el esfuerzo de quienes lucharon por mantenerlos con la mejor calidad de vida posible, que otrora tiempo fueron agentes constructores y productivos de la sociedad, sus padres y abuelos, se les recomienda que continúen así y que extiendan su ejemplo de generación en generación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AGELA: Asociación para el envejecimiento activo y digno
<http://www.helpagela.org/quienes-somos/la-red-helpage/>
2. Alvarado, Evelyn y González, Amelia: “eficacia de los programas de salud pública de los adultos mayores implementado por el consejo nacional de atención integral”. UES, San Salvador, 2008.
3. Álvarez, Karen, et al: “los cuidados de las personas adultas mayores en El Salvador: situación actual y propuestas de políticas públicas”. UCA, Antiguo Cuscatlán, 2016.
4. Andersen, Robert: Access to medical care in the U.S: realized and potential. Medical care. 1978, pago. 533-46. Washington, 1978.
5. Bonilla, Claudia, et al: “impacto que generan los diversos instrumentos jurídicos en la realidad social de la población adulta mayor en El Salvador”. UES, San Salvador, 2008.
6. Carvajal, Monserrat, et al: “acreditación para la atención integral en los establecimientos que suministran servicios a la población adulta mayor”. Universidad de Costa Rica, San José, 2001.
7. CEPAL: Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. la protección de los derechos de las personas mayores en África. LC/L.3942, pago. 37-41. CEPAL 2014.
<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/39551>
8. CEPAL: Envejecimiento de la Población 1950-2050. Ed. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) América Latina y el Caribe. Boletín Demográfico N° 72. Santiago de Chile, 2003.
9. CEPAL: Estimaciones y proyecciones de la población. 1950-2050. Ed Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). América Latina y el Caribe. Boletín Demográfico N° 69, Santiago de Chile, 2002.
10. CHS (centro de humanización de la salud): Manual Básico para Gericultores y Auxiliares Geriátricos, Editorial Caritas, 2ª Edición. pág. 32-59. Bogotá, 2001.

11. CONAIPAM (consejo nacional de atención integral a los programas de los adultos mayores): Memoria de Labores 1999-2004, pág 9-35, Secretaria de Inclusión social, El Salvador, 2005.
12. Delgado, Fany Rosaly: Calidad de vida del adulto mayor afiliados al departamento de programas a pensionados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) de la Ciudadela Montserrat de San Salvador, (Enero a Julio del 2005), pag 30 y 31, San Salvador, 2005.
13. DIGESTYC: VI censo de población y V de vivienda 2007. dirección general de estadísticas y censos, El Salvador, abril 2008.
14. EL COMERCIO. África deberá enfrentar un rápido envejecimiento de su población. Publicación virtual de 22 de Agosto del 2012.
<https://www.elcomercio.com/actualidad/mundo/africa-debera-enfrentar-rapido-envejecimiento.html>
15. EL COMERCIO. Adultos mayores supondrán casi un tercio de la población China en 30 años. Artículo periodístico Agencia EFE, 18 febrero 2019.
<https://www.elcomercio.com/actualidad/adultos-mayores-tercio-poblacion-china.html>
16. Fernández Garrido, Julio Jorge: “determinantes de la calidad de vida percibidas por los ancianos de una residencia de tercera edad en 2 contextos socioculturales diferentes: España y Cuba”. Universito de Valencia, Sergei de publicaciones, Valencia, 2009.
17. Fernández James, María Elena: “repercusión del programa educativo a los familiares, sobre cuidados en el hogar del adulto mayor con cirugía de cadera en el INR”, UNAM, México D.F., 2010.
18. Flores Castro, et al: “depresión en los adultos mayores de las unidades comunitarias de salud familiar de Popotal y Gualacate, de junio-Julio del 2014. Universidad de El Salvador, San Salvador, 2014.
19. FONDAZIONE ITALIA-CINA: Pensieri i Cinesi: essere anziani in Cina.
<https://www.siericinesi.blogspot.com>
20. HELP AGE INTERNATIONAL: La crisis del este del África: I situación de los adultos mayores, cien días después. Movimiento global a favor de los adultos.

<http://www.helpagela.org/noticias/crisis-en-el-este-del-africa-la-situacion-de-los-adultos-mayores-cien-dias-despues/>

21. Lien-Tan Pan: Cultura y Sociedad: vejez y envejecimiento en China. Estudios de Asia y África, Vol. 2 mayo-agosto, 2017. El Colegio de México A.C., México D.F.
22. Martínez, Evelyn y Rivera, Jaqueline: “depresión en el adulto mayor: estudio descriptivo a realizarse con personas adultas mayores institucionalizadas en el hogar de ancianos San Vicente de Paul, San Salvador entre los meses de agosto a diciembre del año 2011”. UFG, San Salvador, 2012.
23. Melguizo-Herrera, Estela y Castillo-Ávila, Irma: Factores asociados al uso de servicios de atención primaria por adultos mayores de Cartagena, Colombia. Rev. salud pública. 14 (5): 765-775, 2012
24. MINSAL: lanzamiento del modelo de atención para la persona adulta mayor. San Salvador, 2018. <https://www.salud.gob.sv/22-02-2018-minsal-lanza-modelo-de-atencion-para-la-persona-adulta-mayor/>
25. Ministerio de Salud de Chile: “manual de geriatría para médicos”. 1ra. Edición, Subsecretaría de Salud Pública, Santiago de Chile, 2018.
26. MINSAL: “modelo de atención en salud para la persona adulta mayor”. MINSAL, El Salvador, 2018.
27. OISS (organización iberoamericana de seguridad social): extensión de la protección en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia). EUROPEAID, Francia, 2008.
28. OMS: “innovaciones para un envejecimiento sonó: comunicación y cuidados”. Boletín de la organización mundial de la salud. www.who.int/bulletin/volumes/90/3/12-020312/es/
29. OMS: programa de ciudades amigables con las personas de edad. https://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_programme/es/
30. ONU: El Envejecimiento. Organización de la Naciones Unidas (página en inglés) <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
31. OPS: “aspectos clínicos en la atención a los adultos mayores”. Serie Materiales de Capacitación, OPS, Washington D.C., agosto 2001.

32. Papalia, Diana et Al: Human Development. Cap. 17 -19. 10 Ed. Por McGraw-Hill Company INC, USA, 2009.
33. Ramos Franco, Gricelda et al: El respeto de los derechos fundamentales de los adultos mayores en el municipio de San Salvador a partir de la entrada en vigencia de la ley de atención integral para la persona adulta mayor, y el grado de eficacia de las principales instituciones públicas y privadas más importantes que velan en la protección de tal sector. UES, El Salvador, 1993.
34. Red latinoamericana de Gerontología <https://www.gerontologia.org/portal/pram.php>
35. Rodríguez Hernández, Menor: "la percepción de la persona adulta mayor en la sociedad Ramonense actual". Revista Pensamiento Actual, UCR, vol. 8, No. 10-11, San José, 2008.
36. Salas Alfaro, Ángel: Derechos de la Senectud, Editorial Bonilla, paginas 1-36. México 1999
37. Salgado Cruz, Omaira: "Factores de motivación de los adultos mayores que promueven la participación en un programa de actividad física". Universito de Catalunya, Barcelona, 2017.
38. UNDECA: Population Ageing 2006. Ed. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, 2006
<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>
39. UNF: Population issues: meeting development goals. Ed. Fast facts end United Nations Population Fund, New York, 2007 <http://www.unfpa.org/pds/facts.htm>
40. UNF: Urbanization: a majority in cities. Ed. United Nations Population Fund, New York, 2007 <http://www.unfpa.org/pds/urbanization.htm>
41. Zelandia, Fernando y Ardan, Nelson et al: Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del dañe. Colombia médica, Bogotá, 2001.
42. Wallace, Santiago y Gutiérrez V: Equidad de acceso a los cuidados de salud para adultos mayores en cuatro grandes ciudades de Latinoamérica. Revista Panameña de Salud Pública. Panamá, 2005; 17(5/6):394-409.

ANEXOS

PRESUPUESTO

RECURSOS DISPONIBLES:

El personal que participa en la presente investigación estuvo conformada por 3 integrantes, reconocido en adelante como “equipo investigador”, los cuales fungen actualmente como médicos en servicio social del Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente, en diversas unidades de salud del departamento de Santa Ana y Sonsonate, a través del cual se realizó la recolección, análisis de la información bruta y su tabulación e interpretación estadística, a través de la telellamada (aplicación del instrumento vía telefónica) como también en el momento que el paciente usuario consulte o asista a controles (previa aceptación del mismo), así como la digitación y presentación de los resultados finales, con el objetivo de identificar el conocimiento sobre los diversos factores que intervienen en la resistencia de la población geriátrica al programa para el adulto mayor implementada por el personal de la unidad de salud comunitaria familiar intermedia de Guarnevia, del municipio de Texistepeque, en el periodo comprendido desde mayo al mes de agosto del 2020.

La investigación fue financiada por el equipo de investigación, conformado por los médicos en servicio social, estudiantes de la carrera Doctorado En Medicina de la Universidad De El Salvador, facultad multidisciplinaria de occidente, quienes conformaron el grupo de investigación a saber:

1. *Medrano García, Mauricio Miguel*
2. *Salinas De Hernández, Lidia Verónica*
3. *Soriano Valle, Emilio Antonio*

El grupo investigador cuenta con la asesoría de la Dra. María Elena García de Rojas, docente de Departamento de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente.

El proceso de investigación se llevó a cabo mediante la recolección de datos a través del método de encuesta al captarse al usuario en los controles de salud rutinarios o a través de telencuesta, que recoge información del conocimiento sobre los diversos factores que intervienen en la resistencia de la población geriátrica al programa para el adulto mayor implementada en la UCSFI Guarnevia, del cantón El Jute.

RECURSOS MATERIALES

Para la elaboración de esta investigación se requieren recursos que forman parte de la logística e implementación de esta investigación, teniendo en cuenta un costo global, cuyos particulares se detallan de la siguiente manera:

Papelería	Impresora multifuncional e implementos
Lápices /lapiceros	Servicio inalámbrico de internet
Computadoras portátiles	Sistema de transporte público y privado

RECURSO FINANCIERO:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Fotocopias	300	\$0.03	\$ 9.00
Anillados	4	\$2.00	\$ 8.00
Impresiones	910	\$0.15	\$ 136.50
Empastado	5	\$15.0	\$ 75.00
Bolígrafos	20	0.25	\$ 5.00
Resma de papel bond	5	\$4.65	\$ 23.25
Lápiz	15	\$0.25	\$ 3.75
Marcadores	5	\$1.00	\$5.00
Saldo para llamadas telefónicas	3	\$30.00	\$90.00
Horas de navegación en internet	50	\$1.00	\$50.00
Memorias USB	3	\$8.00	\$ 24.00
CD HD	3	\$3.25	\$ 9.75
Paquetes de internet inalámbrico	8	\$5.00	\$ 40.00
Defensa de tesis	1	\$75.00	\$ 75.00
Imprevistos		\$50.00	\$ 50.00
TOTAL			\$ 604.25

SIGLAS

ADESCO: Asociación de Desarrollo Comunitario

AFP: Administradora de Fondos de Pensiones.

BM: Banco Mundial.

CONAIPAN: Consejo Nacional De Atención Integral A Los Programas De Los Adultos

Mayores

DYGESTIC: dirección general de estadísticas y censos.

ECOS: Equipos Comunitarios.

EHPM: Encuesta De Hogares De Propósitos Múltiples.

FUNDEMAS: Fundación Empresarial para la Acción Social.

FUSATE: Fundación Salvadoreña De La Tercera Edad.

INPEP: Instituto Nacional De Pensiones De Los Empleados Públicos.

ISPFA: Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada.

ISRI: Instituto De Rehabilitación Integral

ISSS: Instituto Salvadoreño Del Seguro Social.

MINED: Ministerio De Educación.

MINSAL: Ministerio De Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización No Gubernamental.

PAM: Población Adulta Mayor.

UPISSS: Unidad De Pensiones Del ISSS

VMT: Viceministerio De Transporte.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

“FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA RESISTENCIA DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA DE GUARNECIA, MUNICIPIO DE TEXISTEPEQUE, SANTA ANA, DURANTE LOS MESES DE MAYO A AGOSTO DEL 2020”.

- CONSENTIMIENTO INFORMADO-

OBJETIVO: Cuanto saben de Métodos de Planificación Familiar la población en edad reproductiva del Caserío Guarnecia, del Cantón El Jute, del municipio de Texistepeque, que hace uso de los servicios médicos de la UCSFI de Guarnecia. Al participar en esta investigación, es importante que sea conocedor/a de la siguiente información:

- El presente estudio no implica ningún riesgo físico o psicológico o político para usted. Sus respuestas no presentan ningún riesgo ni tendrán consecuencias de ningún tipo.
- La encuesta tendrá una duración de alrededor de 10 minutos y abarcará varias preguntas sobre el tema antes mencionado. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.
- Todas sus opiniones serán confidenciales y mantenidas en estricta reserva, no se hará uso de ningún instrumento que implique grabación.
- En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre y/o el del menor de edad a su cargo no aparecerán por lo que no se pedirá identificación personal.

He leído y/o escuchado satisfactoriamente las explicaciones de este estudio y he tenido la oportunidad de resolver mis dudas al realizar preguntas. Por lo tanto, autorizo el uso de esta información para los propósitos de la investigación y estoy de acuerdo en participar en este estudio.

F. _____



INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACION
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

No. _____

“FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA RESISTENCIA DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA DE GUARNECIA, MUNICIPIO DE TEXISTEPEQUE, SANTA ANA”.

OBJETIVO

Determinar el conocimiento de los diversos factores que intervienen en la resistencia de la población geriátrica que conforma la comunidad del caserío de Guarnecia, Texistepeque, en el periodo de mayo a agosto de 2020 que hacen uso de los servicios médicos de la UCSFI de Guarnecia.

INDICACIONES:

Marque con una X la respuesta que usted considere apropiada para cada caso, en unas ocasiones se le pedirá marcar más de una respuesta. En unos casos se le solicitará que especifique, en dicho caso realícelo utilizando el menor número de palabras como sea posible.

Parte A – Información Demográfica (sólo para fin estadísticos). Por favor elija, con un círculo, una respuesta a menos que indique lo contrario:

Género	Masculino	Femenino			
Edad (años)	60-70	71-80	>80		
Religión	Católico	Protestante	Ateo	Otro	
Estatus civil	Sotero	Casado	Acompañado	Viudo	Otro
Educación	No	básica	Secundaria	Bachiller	Otros
Estatus laboral	Pensión	Agrícola	Industria	Ventas	independiente

Parte B – Evaluación de la situación actual

1. Responda esta pregunta si actualmente no está trabajando. (En el caso contrario vaya a la pregunta 3).

Si en la actualidad no realiza trabajos remunerados, ¿cuándo fue la última vez que usted estuvo empleado? Por favor, seleccione la respuesta que más le convenga.

Hasta hace 5 años	
Entre 6 y 10 años	
Más de 11 años	
Nunca he tenido un trabajo remunerado	

2. ¿Utiliza Usted algún medio de transporte para trasladarse a la unidad de salud comunitaria familiar integral de Guarnevia y cuánto tiempo le toma en llegar? (marque con una "X" si su respuesta es SI o NO y luego responda en número de minutos u horas).

SI	NO	CUANTO TIEMPO

3. Lugar de procedencia

Vivo en el caserío de Guarnevia.	
Vivo en el Caserío de Guarnevia pero no consulto en esa unidad de Salud	
Vivo en el Cantón del Jute, donde pertenece Guarnevia, por eso consulto en esa unidad de salud	
Tengo parientes en el caserío de Guarnevia, por eso consulto en esa unidad de Salud.	
Vivo en Texistepeque por eso consulto en esa unidad de Salud.	

4.- ¿Cuándo fue la última vez que asistió a consultar con medico en la UCSFI GUARNECIA? *(Por favor, seleccione la respuesta que más le convenga más)*

En los últimos 6 meses	
Aproximadamente entre unos 6 y 12 meses	
Aproximadamente entre unos 1 y 2 años	
Hace más de 2 años	

5.- ¿Está Ud. Informado por parte de Medico, enfermería o promotor de salud sobre el programa de Adulto mayor, que se está manejando en la UCSFI de Guarnecia?

SI		NO	
-----------	--	-----------	--

6.- ¿Actualmente está Ud. involucrado en cualquier tipo de programa de adulto Mayor?

programa del pensionado de IMPEP		Club del paciente Diabético	
programa del Adulto mayor del ISSS		Club de Veteranos de Guerra	
Programa del adulto mayor de U/S Guarnecia		Club del paciente Hipertenso	
No, no estoy asistiendo a ninguno			

7.- ¿Cuál de los siguientes factores, en su experiencia personal, considera que afectan en la falta de conocimiento e información del programa del adulto mayor, realizado en la UCSFI de Guarnevia? *(puede marcar más de una opción)*

Médicos no le informan al usuario durante la consulta	
Enfermería no informa al usuario	
Promotor de Salud local no informa a la comunidad sobre dicho programa.	
No hay ninguna información adentro de la Unidad de salud que describa que existe tal programa.	
Ninguno de mis parientes/conocidos que consultan dicha unidad de salud, conocen de dicho programa.	
No me gusta participar de dichas reuniones.	
Temo contagiarme de COVID u otras enfermedades en dichas reuniones.	

8.- ¿Cuál de los siguientes factores, en su experiencia personal, considera que afectan en la falta de participación al programa del adulto mayor realizado en la UCSFI de Guarnevia?

Distancia/transporte		Discapacidad senso-motriz	
Falta de información		Miedo a contagiarme de COVID	
Falta de Orientación		Grave problema de salud	
Falta de tiempo Libre		No vivo en el Caserío /cantón	
No sé leer/escribir		Tengo problemas familiares	
No cuento con dinero para ir		Rehúye a eventos sociales	
Tengo responsabilidad familiar		Deprimido /apático	
Problemas de Maras		Problemas con mi Fe/ religión	

No me agrada el personal de salud que imparte el programa			Maltrato verbal o físico por parte de personal de UCSFI	
---	--	--	---	--

9.- ¿De ser invitado, Ud. Participaría de las actividades del programa para el Adulto Mayor, que realiza la UCSFI de Guarnecia?

SI		NO		INDECISO	
----	--	----	--	----------	--

10.- ¿Cuál del siguiente elemento cree que sería útil para animar a Ud. ¿Para qué se involucre más activamente en las actividades realizadas por el programa del Adulto Mayor, realizadas por la UCSFI de Guarnecia? (*Es posible seleccionar más de una respuesta*).

Apoyo de amigos y familia			Ofrecer incentivos económicos	
Aumentar la promoción de dicho programa			Ofrecer medicamentos nuevos	
Acceso a Transporte para discapacitados			Ofrecer refrigerios	
Mejorar capacitación del personal de salud			Ofrecer salidas recreativas	
Dar consultas médicas en las reuniones			Mejorar la Motivación	
Ofrecer reuniones en lugar más adecuados			NINGUNO	

GLOSARIO

Autonomía: Grado de la que una persona puede tomar sus propias decisiones, asumir la responsabilidades voluntarias e independientes y reorientar las acciones individuales de ella misma.

Capacidad Funcional: Facultad presente en cada persona, para realizar las diversas actividades realizables en la vida diaria, con o sin ayuda, con o sin supervisión.

Capacidad Resolutiva: Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud, independiente del nivel de atención del mismo, para responder de manera integral y oportuna a la demanda de atención por un problema de salud (contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar) y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona.

Curso de Vida: Concepto referido a la aparición, desarrollo y finalización de la funcionalidad de un individuo, desde su concepción hasta su muerte. determinado elemento. Reconociendo que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural.

Continuidad de la Atención: Se define como la seguridad que ofrece la red de los establecimientos de salud de brindar atención a la persona en todos sus niveles incluyendo la atención en los establecimientos de mayor capacidad resolutiva a los que la persona es referida.

Consejería en Salud: Es la atención sistemática, individual o grupal, que reconoce al usuario el papel de protagonista o conductor de la adopción de conductas saludables, actuando el profesional como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona.

Cuidados Paliativos: Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la

identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales.

Discapacidad: Es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

Envejecimiento: Proceso fisiológico que ocasiona cambios (positivos, negativos o neutros), característicos durante todo el ciclo de vida, considerado normal y que ocurre en todos los seres vivos, comienza desde el nacimiento y se acentúa en los últimos años, no es uniforme y es diferente de un individuo a otro.

Envejecimiento Activo: Concepto introducido por OPS a finales del siglo XX para hacer referencia al proceso en el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, durante toda la vida de la persona con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y calidad de vida en la vejez.

Envejecimiento Poblacional: Término demográfico, se refiere a un cambio en la estructura por edades en la población, desde la estructura del antiguo régimen demográfico previo a la transición demográfica, con grupos numerosos de población en edades infantiles y juveniles y un escaso número de población en los grupos de edades maduras y longevas; a una nueva estructura, donde crecen los grupos de edades maduras y longevas manteniéndose o disminuyendo los grupos de menor edad.

Fragilidad del Adulto Mayor: síndrome fisiológico caracterizado por una disminución de reservas y de resistencia a agentes estresantes, resultando una suma de deterioros de sistemas fisiológicos y produciendo vulnerabilidad.

Geriatría: Especialidad médica dedicada al estudio de la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación de la salud de las personas de 60 años a más.

Gerontología: Ciencia dedicada al estudio de los diferentes aspectos (sociales, culturales, económicos) del envejecimiento de una población.

Limitación de la actividad: son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Modelo de Atención Integral: Conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige - más que al paciente o a la

enfermedad como hechos aislados a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Participación Comunitaria en Salud: Es la articulación de esfuerzos a nivel local entre el personal de salud y las organizaciones comunitarias para un trabajo conjunto de gestión de los objetivos sanitarios.

Participación Social: Es un proceso social que involucra a varios actores para trabajar de manera colaborativa en pos de un mismo fin, para tener acceso colectivo a la toma de decisiones.

Persona Adulta Mayor: Término utilizado para hacer referencia a las personas mayores de 60 años en países en vías de desarrollo y de 65 años en países desarrollados.

Polifarmacia: Uso concomitante de tres o más medicamentos.

Resiliencia: Capacidad del ser humano de reponerse a adversidades de cualquier índole.

Resistencia: capacidad del ser humano para afrontar y rechazar determinada conducta propia o ajena, de su núcleo social o de injerencia externa, independiente del beneficio o perjuicio que haga injerencia en el mismo.

Valoración Geriátrica Integral: proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos.

Vejez: Etapa del ciclo vital, mayores de 70 años, en la que se producen gradualmente modificaciones morfológicas, funcionales, psíquicas y sociales; que pueden disminuir la capacidad de respuesta de la persona frente a los cambios del entorno.

Paludismo: refleja la capacidad de las personas para llevar a cabo o no por sí mismas las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización.

