



MEDISAN

ISSN: 1029-3019

Centro Provincial de Ciencias Médicas

Palomo Moracén, Dalgis; García Kindelán, Milagros de la C;
Esparraguera Bonet, Mayra; Gómez Vázquez, Frayda Margarita
Calidad de la asistencia social en ancianos solos con atención domiciliaria
MEDISAN, vol. 23, núm. 4, 2019, Julio-Agosto, pp. 654-668
Centro Provincial de Ciencias Médicas

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368460425006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Calidad de la asistencia social en ancianos solos con atención domiciliaria

Quality of the social care in old men living alone under home care

Lic. Dalgis Palomo Moracén^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-3860-1587>

Lic. Milagros de la C. García Kindelán² <https://orcid.org/0000-0002-4978-1480>

Dra. Mayra Esparraguera Bonet¹

Dra. Frayda Margarita Gómez Vázquez³

¹Departamento de Asistencia Social, Dirección Provincial de Salud. Santiago de Cuba, Cuba.

²Policlínico Universitario 30 de Noviembre, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

³Facultad de Medicina No.2, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: dalgis.palomo@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La calidad de la atención geriátrica en Cuba constituye una realidad impostergable.

Objetivo: Evaluar la calidad de la asistencia social de salud en ancianos solos con atención domiciliaria.

Método: Se realizó una investigación cualitativa, que incluyó a 4 838 ancianos, controlados por los departamentos de Trabajo Social del municipio de Santiago de Cuba, desde enero hasta diciembre del 2015, para lo cual se efectuó un muestreo por conglomerados bietápico, constituido por 387 gerontes. Se utilizó la metodología de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba para evaluar las dimensiones: estructura, proceso y resultados.

Resultados: Se encontró inadecuado el indicador recursos humanos y materiales. En el proceso resultaron adecuados la confección de la historia social y los registros administrativos.

Conclusiones: La calidad de la asistencia social en ancianos solos con atención domiciliaria resultó inadecuada en los componentes estructura, proceso y resultados.

Palabras clave: anciano solo; atención domiciliaria del anciano; calidad en salud del adulto mayor.

ABSTRACT

Introduction: The quality of geriatric care in Cuba constitutes an inevitable reality.

Objective: To evaluate the quality of health social care in geriatric patients living under home care.

Method: A qualitative investigation that included 4 838 old men, controlled by the departments of Social Work of Santiago de Cuba municipality was carried out from January to December, 2015, for which a sample through two-stage conglomerate constituted by 387 aged persons was made. The Cuban National School of Public Health methodology was used to evaluate the dimensions: structure, procedure and results.

Results: The indicator human resources and materials resulted inadequate. Making the social history and the administrative registrations were appropriate.

Conclusions: The quality of the social care in elderly living alone under home care was inadequate in the components structure, procedure and results.

Key words: elderly living alone; elderly home care; elderly health quality.

Recibido: 20/02/2018

Aprobado: 27/06/2019

Introducción

Este siglo XXI es testigo de la tendencia mundial a la disminución de la fecundidad y a la prolongación de la esperanza de vida, que ha dado al fenómeno del envejecimiento de la población un relieve sin precedentes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años de edad se duplicará de 11 a 22 %.

Al respecto, el informe al 54 Consejo Directivo de la OPS/OMS hace hincapié en que los gobiernos deben garantizar políticas que permitan a las personas mayores continuar siendo partícipes de la sociedad y que eviten reforzar las inequidades que a menudo sustentan la salud deteriorada en los ancianos.

En las Américas existen más de 150 millones de personas mayores de 60 años, de las cuales 60 % son mujeres. Para el 2020, se espera que la región tenga casi el doble que en el 2006. Actualmente, Canadá es el país que cuenta con la población más envejecida; sin embargo, proyecciones basadas en datos de la División de Población de las Naciones Unidas indican que en menos de una década, Cuba, Barbados y Martinica superarán a Canadá.⁽¹⁾

De hecho, el fenómeno del envejecimiento de la población cubana se produce de forma paulatina y en él intervienen la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, variables que en acción combinada en el tiempo determinan el crecimiento y la estructura por edades de la población; además, tienen suma importancia para la planificación económica y sociosanitaria de cualquier país.

Las personas mayores sanas e independientes contribuyen al bienestar de la familia y la comunidad, y constituye un mito presentarlas como receptoras pasivas de los servicios sociales.⁽²⁾

En Cuba, los adultos mayores representan 19 % de la población total, con una expectativa de vida de 78,45 años; para la mujer de 80,45 años y para el hombre 76,50 años. A los 60 y 80 años de edad un individuo tiene la probabilidad de vivir 20 y 7 años más, respectivamente. Para el 2025 uno de cada 4 cubanos tendrá 60 años de edad.⁽³⁾

Ahora bien, en la provincia de Santiago de Cuba el envejecimiento poblacional tiene una tendencia ascendente, pues muestra una población geriátrica de 180 148 adultos

mayores, lo que representa una tasa de envejecimiento de 17,1 %. Entre los municipios más envejecidos se encuentran Santiago de Cuba, Palma Soriano y Contramaestre, lo que muestra la necesidad e importancia de prepararse para brindar una atención médica capaz de dar soluciones a estos pacientes.⁽⁴⁾

El Programa de Atención al Adulto Mayor en la comunidad es uno de los subprogramas priorizados para lograr la excelencia en la atención a estas personas; sin embargo, se encuentran grandes demandas de insatisfacciones, tales como riesgo de desamparo familiar y de vulnerabilidad en la morbilidad y mortalidad de este grupo etario.^(5,6)

Cabe destacar que el trabajador social constituye un eslabón fundamental para la identificación de los problemas sociales que afectan al individuo, la familia, el grupo y la comunidad como experto en materia de servicios y derechos del adulto mayor. Este profesional aporta al equipo las vías de canalización y/o gestión, así como las orientaciones para la toma de decisiones, por lo que hará un plan lógico de recomendaciones que contemplen los servicios y apoyos sociales necesarios para un anciano con múltiples problemas de salud, lo cual debe existir en el paquete de servicios para dar respuesta a las necesidades de estos ancianos en su propia comunidad y que además, le permitan a dichos profesionales utilizarlos en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para lograr una mejor calidad de vida, a través de otros organismos como la Dirección Municipal de Trabajo y Seguridad Social que será la encargada de efectuar el estudio correspondiente para determinar la carencia de cada geronte.⁽⁷⁾

La calidad de vida se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. El concepto de calidad de vida es relativo, como lo son otros, entre los cuales figuran: bienestar y felicidad.⁽⁸⁾

Por otro lado, el bienestar se ha identificado con el desarrollo económico, la riqueza familiar o individual, el nivel de vida, el estado de salud, la longevidad individual, la calidad y cantidad de los servicios médicos, los ingresos o salarios, la satisfacción de necesidades y deseos, así como con la existencia de la llamada felicidad, elementos

todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar.⁽⁸⁾

El presente trabajo se refiere a los ancianos solos, aquellos carentes de amparo filial o convivientes que presentan dificultades en el desarrollo de las actividades de vida diaria (AVD), es decir, anciano que viva solo en el domicilio, conviva con otro anciano, con un menor, con un discapacitado o enfermo mental. Se consideran con atención domiciliaria aquellos que reciben cualquier prestación de servicio, tales como sistema de atención a la familia, (SAF) que incluye: restaurantes familiares y mercaditos comunitarios, fundamentalmente para complementar la alimentación a este grupo poblacional de bajos ingresos a través de la red de unidades protegidas con ofertas de productos a precios razonables y que garanticen los requerimientos nutricionales de este segmento poblacional, las asistentes sociales, servicio de lavandería, ayudas técnicas, entre otros. Resulta importante que para merecer esta atención el adulto mayor debe ser tributario de los servicios, puesto que existen ancianos solos con buen estado funcional de la vida diaria en general.^(9,10)

Métodos

Se realizó una investigación cualitativa para evaluar la calidad de la asistencia social de salud en los ancianos solos con atención domiciliaria, residentes en el municipio de Santiago de Cuba, desde enero hasta diciembre del 2015. El universo estuvo constituido por 4 838 ancianos, controlados por los departamentos de Trabajo Social de dicho municipio.

Para los usuarios se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: tener más de 60 años de edad, función cognitiva íntegra, ancianos solos con atención domiciliaria, que tuvieran seguimiento por los departamentos de Trabajo Social, residir en el área geográfica seleccionada para el estudio durante el periodo de la investigación y voluntariedad de participar en el estudio.

Criterio de exclusión: que no tuvieran posibilidad de comunicarse.

Para los profesionales, los criterios de inclusión fueron: voluntariedad, ser trabajador social de la salud y laborar en el Departamento de Trabajo Social del área de salud,

laborar durante el periodo que se realizó la investigación. Se trabajó con el universo (15 trabajadores sociales).

Criterios de exclusión: licencia de maternidad y certificados médicos prolongados durante la investigación.

Se realizó un muestreo por conglomerados bietápico. Para calcular la muestra se consideró una prevalencia esperada de ancianos solos con atención por el departamento de Trabajo Social de 30 %, según criterio de experto; un nivel de confianza de 95 % y un error relativo de 10 %. Fueron considerados como conglomerados las áreas de salud del municipio de Santiago de Cuba y resultaron seleccionados 5 policlínicos (Camilo Torres, Armando García, Ernesto Guevara, 28 de Septiembre y Julián Grimau), entre ellos se escogieron (mediante muestreo aleatorio simple y con igual proporción) los 387 ancianos que constituyeron la muestra y cumplieron con los criterios de inclusión.

Se evaluaron datos de estructura (recursos humanos y materiales) y de proceso (práctica profesional).

Para evaluar la estructura se tuvo en cuenta el control de los medios básicos y activos fijos tangibles que existían en el departamento de Contabilidad de la institución; se efectuó el conteo físico de estos y se comprobó si se encontraban en buen estado. Además, se analizó el completamiento de la plantilla prevista para los departamentos de servicio social de las unidades estudiadas.

Se evaluó el proceso a través de una revisión documental de las historias sociales y registros administrativos.

Para el análisis de la estructura se realizó la siguiente clasificación:

- Adecuado (A): cuando el resultado del indicador igualó o superó el estándar establecido por el grupo de especialistas.
- Inadecuado (I): cuando el resultado del indicador fue inferior al estándar establecido por el grupo de especialistas.

De la misma manera se clasificó la evaluación de la práctica profesional de las trabajadoras sociales en el procedimiento de la confección de la historia social.

Resultados

Al analizar la estructura (tabla 1) en el municipio de Santiago de Cuba, de 10 criterios evaluados, 8 resultaron inadecuados (80,0 %) y solo 2 adecuados (20,0 %).

La disponibilidad de trabajadores sociales del Grupo Básico de Trabajo (GBT) resultó insuficiente para satisfacer las necesidades de los pacientes (más de 15 000 habitantes), pues se contaba con 1 GBT para atender todos los programas de salud. Asimismo, los locales donde se realizaban las consultas no reunían las condiciones, pues existían barreras arquitectónicas para el acceso de los ancianos, ausencia de privacidad (departamentos compartidos con otras especialidades como psicología, defectología), poca ventilación e iluminación, mobiliario en mal estado (buró, archivo).

En cuanto a la disponibilidad de modelos para controles administrativos y organizativos existió baja cobertura.

Los criterios establecidos para evaluar los recursos materiales destinados a las personas con discapacidad (sillas de rueda, sanitarias y de baño, colchón de espuma y cama fowler) también resultaron inadecuados, a excepción del colchón antiescara (91,0 %).

Tabla 1. Disponibilidad de recursos humanos y materiales

Criterios	Resultados obtenidos		Estándares %	Desviación o diferencia	Evaluación A o I
	No.	%			
Disponibilidad de:					
-Trabajadores sociales en el policlínico	5	100,0	100,0		A
- Trabajadores sociales del Grupo Básico de Trabajo	10	50,0	100,0	50	I
- Locales de consultas	1	20,0	90,0	70	I
- Modelaje, controles administrativos y organizativos	3	50,0	90,0	40	I
- Sillas de ruedas	12	66,0	90,0	23,4	I
- Sillas sanitarias	2	16,6	90,0	73,4	I

- Sillas de baño	2	16,6	90,0	73,4	I
- Colchón antiescara	12	91,0	90,0	1	A
- Colchón de espuma			90,0		I
- Cama fowler			90,0		I

La tabla 2 muestra los resultados obtenidos mediante la revisión de las historias sociales donde, de los 14 criterios evaluados, 4 resultaron inadecuados (28,5 %) y 10 adecuados (71,5 %). Se encontraron pocos pacientes con historia social abierta, tributarios de seguimiento social, por lo que se alcanzó 32,0 % en esta problemática.

Tabla 2. Evaluación de la confección de la historia social

Criterios	Resultados obtenidos		Estándar %	Desviación o diferencia	Evaluación A o I
	No.	%			
Existencia de:					
- Historia social	124	32,0	90,0	+58	I
- Datos generales	117	94,3	90,0	+4,3	A
- Persona que notifica el caso	124	100,0	90,0	+10	A
- motivo del informe	121	97,5	90,0	+7,5	A
- Antecedentes	113	91,1	90,0	+1,1	A
- Composición familiar	114	92,6	90,0	+2,6	A
- Problemática social completa	107	86,2	90,0	3,8	I
- Antecedentes patológicos	124	100,0	90,0	+10	A
- Condiciones de la vivienda	114	92,6	90,0	+2,6	A
- Situación económica	114	92,6	90,0	+ 2,6	A
- Creencias religiosas	121	97,5	90,0	+7,5	A
- Diagnóstico social	112	90,3	90,0	0,3	A
- Plan de tratamiento	107	86,3	90,0	3,7	I
- Evolución	103	83,0	90,0	7,0	I

En cuanto a la evaluación de los registros administrativos y organizativos se halló que de los 8 criterios, 6 fueron adecuados para 75,0 %. La implementación del proceso muestra como inadecuada la actualización del registro nominal de los ancianos solos para 85,7 %, esto trajo consigo un seguimiento incorrecto a los ancianos e incidió en la solución de la demanda de estos grupos etarios que son los más vulnerables de la población geriátrica. Con relación al registro de terreno no se registraron todas las actividades realizadas diariamente con 21,1 % de diferencia entre lo obtenido y el estándar trazado, esto se correspondió con lo encontrado en la estructura donde había una trabajadora social por GBT, lo cual discrepó de años anteriores donde existían 2 (tabla 3).

Tabla 3. Evaluación de los registros administrativos

Criterios	Resultados obtenidos		Estándares %	Desviación 0 diferencia	Evaluación A 0 I
	No.	%			
Registro	332	85,7	100,0	14,3	I
-Nominal de ancianos solos actualizado					
- De actividades diarias	349	90,1	90,0	0,1	A
- De casos notificados	113	91,1	90,0	1,1	A
- De inscripciones	124	100	90,0	+10	A
- De trabajo en el terreno	267	68,9	100,0	21,1	I
- De medicamentos	124	100	90,0	+10	A
-De las necesidades no satisfechas de ayudas técnicas	171	90,4	90,0	0,4	A
- Existencia de tarjeteros	369	95,3	90,0	+ 5,3	A

En la tabla 4 se evaluaron de inadecuadas las necesidades de sillas sanitarias, sillas de baño, colchón de espuma y cama *fowler* para 33,3 %, así como las sillas de rueda con 76,5 %, debido a la poca disponibilidad del recurso. En las prestaciones sociales, de los 12 criterios evaluados, 7 fueron inadecuados para 58,3 % y 5 adecuados para 41,7 %.

Tabla 4. Evaluación de las prestaciones de servicios

Criterios	Resultados obtenidos		Estándares %	Desviación o diferencia	Evaluación A o I
	No.	%			
Necesidad de:					
- Medicamentos exentos de pago	124	90,5	90,0	+0,5	A
- Sillas de ruedas	75	76,5	90,0	13,5	I
- Sillas sanitarias	2	33,3	90,0	56,7	I
- Sillas de baño	2	33,3	90,0	56,7	I
- Colchón antiescara	5	100,0	90,0	+10	A
- Colchón de espuma	2	33,3	90,0	56,7	I
- Cama fowler	2	33,3	90,0	56,7	I
- Asistente social a domicilio (cuidadoras)	43	91,7	90,0	+1,7	A
- Incorporación al Sistema de Atención a la Familia (SAF)	209	91,3	90,0	+1,3	I
- Prestaciones económicas	21	91,3	90,0	+1,3	A
-Transportación para recibir atención médica fuera de la provincia y alojamiento	4	100,0	90,0	+10	A
- Prestaciones en especie	147	37,9	90	52,1	I

Discusión

El trabajador social constituye un eslabón fundamental para la identificación de los problemas sociales que afectan al individuo, la familia, el grupo y la comunidad, puesto que es el encargado de elaborar el diagnóstico social. La intervención estará

dirigida hacia la labor educativa, preventiva y de rehabilitación, mediante la cual se realizan acciones para solucionar los problemas sociales y se ofrecen orientaciones sobre estilos de vida más saludables con apoyo social, para mejorar la calidad de vida de estas personas.⁽⁷⁾

La estructura resultó inadecuada, lo cual tiene similitud con el estudio sobre calidad efectuado por Godoy *et al*⁽¹¹⁾ donde la evaluación táctica de los 3 componentes (estructura, proceso y resultados) no fue satisfactoria, pues existían deficiencias en la capacitación de los recursos humanos, las condiciones de los locales de atención y los recursos materiales necesarios para el trabajo, que afectaban la calidad brindada al adulto mayor.

Por otro lado, la historia social es parte integral de la historia clínica. En ella, de una forma u otra, se evalúan aspectos que permiten conocer sobre la vida social del entrevistado. Recoge todas las incidencias en el seguimiento de un paciente, refleja las entrevistas, investigaciones, gestiones, evoluciones y criterios del trabajador social. Este documento tiene el propósito de evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales, así como su nivel de organización, retención y empleo de la práctica académica y laboral. Contiene datos generales, motivo del informe, persona que hace la solicitud, síntesis que justifique dicha solicitud, composición familiar, problemática social o situación encontrada, entrevistas con dirigentes del Comité de Defensa de la Revolución (CDR) u otras organizaciones, el diagnóstico social y el tratamiento social y/o plan a seguir en la solución del caso.⁽⁹⁾

No se encontraron resultados similares, pero García (García Kindelán MC. Intervención comunitaria en la socialización del adulto mayor. [Tesis de maestría]. 2012. Policlínico Universitario 30 de Noviembre, Santiago de Cuba, Cuba) se refiere a la importancia de la historia social para el seguimiento de los ancianos frágiles con necesidades y se describe cada aspecto que mide dicha historia.

Entre los indicadores del proceso de ejecución de las actividades se encuentran los que evalúan la calidad de los documentos o formularios que deben llenarse por los trabajadores sociales. Estos registros administrativos y organizativos constituyen documentos básicos y legales del paciente. En este estudio no se mostró una correcta

descripción de los problemas y/o necesidades identificadas, el ambiente familiar, los recursos, las redes de apoyo familiar y/o social, y se excluyeron las entrevistas con el CDR u otras organizaciones.

Con respecto al tratamiento social, también se excluyeron los planes de acción, los programas y/o proyectos que respondieran tanto a las necesidades como a las problemáticas identificadas y las evoluciones no daban respuestas a dichas necesidades y problemáticas.

La valoración social exhaustiva es función del trabajador social, quien debe conocer y hacer constar en su historia todos aquellos datos que puedan ser de interés y tengan repercusión presente o futura sobre el anciano; además, permite conocer la relación entre el anciano y su entorno. Aspectos relacionados con el hogar, apoyo familiar y social son cuestiones importantes a la hora de organizar el plan de cuidados de un adulto mayor. En función de ellos se podrá ubicar al paciente en el nivel asistencial adecuado y tramitar los recursos sociales que va a precisar.

En los indicadores restantes se observó un adecuado desempeño en cuanto a las estadísticas de las necesidades no satisfechas de ayudas técnicas e instituciones sociales y el nivel de prioridad. La actualización de los expedientes socioeconómicos contaba con la evaluación exhaustiva, lo cual confirmó que se encontraban exentos de pago para la obtención de los medicamentos en farmacia, con los documentos establecidos; además, en el registro de inscripciones aparecían registrados todos los pacientes con su historia social.

Resulta importante señalar que en Cuba, el cuidado de adultos mayores ha tendido a la familiarización dentro de una red insuficiente de servicios públicos, los que se enfrentan hoy a una revisión a tono con el contexto de actualización del modelo de desarrollo del país. Se destaca la superación de las limitaciones en la integración de servicios, la necesidad de profundizar en el amparo, normatividad y estímulo legal a la gestión colectiva del cuidado de los ancianos sin potenciar la privatización de servicios, así como generar acciones que contribuyan a desfeminizar el rol de cuidador y a una redistribución más equitativa del uso del tiempo en las labores de cuidado.⁽¹²⁾

Se implementa el Programa de Atención al Adulto Mayor que en el subprograma de atención comunitaria contempla el desarrollo de acciones encaminadas a la atención integral del anciano, con el objetivo de mantenerlos activos en el seno de la comunidad e integrarlos a esta.⁽¹³⁾

Los 4 programas priorizados del sistema de salud cubano afianzan la equidad en el acceso a los servicios de salud, estos programas son materno-infantil, de enfermedades no transmisibles, de enfermedades transmisibles y atención a los adultos mayores. Con la aplicación de estos programas se han obtenido éxitos, dados por la disminución de las tasas de mortalidad, la eliminación de enfermedades transmisibles y el crecimiento de la esperanza de vida.⁽¹⁴⁾

El presupuesto del estado constituye el regulador principal de los recursos financieros y el gasto público; demuestra los intereses y las estrategias políticas del país. El estado tiene la responsabilidad de asegurar algunos recursos públicos, tales como seguridad social, asistencia social, educación, deporte, cultura y salud, de manera equitativa para toda la población.⁽¹⁴⁾

La salud en los ancianos se debe medir en términos de función y no de enfermedad, puesto que es aquella la que determina la expectativa y la calidad de vida, así como los recursos o apoyos que precisará cada grupo de población.⁽¹⁵⁾

Por consiguiente, la atención primaria de salud es el medio asistencial idóneo para la detección y tratamiento de la fragilidad y discapacidad, donde las personas mayores son evaluadas y se interviene según corresponda.⁽¹⁵⁾

La evaluación de la calidad en las diferentes prestaciones de servicios se consideró inadecuada, a pesar de las coordinaciones realizadas por los trabajadores sociales de salud con los organismos correspondientes, pues las insatisfacciones persistían en cuanto a la demora de la atención a los ancianos para la resolutiveidad de dichas prestaciones.

No se hallaron estudios similares, pero González en su investigación [González del Río A. Calidad de los servicios de urgencia del Policlínico 30 de noviembre. [Tesis de maestría]. 2012. Policlínico Universitario 30 de Noviembre, Santiago de Cuba, Cuba)

se refiere a la baja disponibilidad de recursos para la atención en servicios de urgencias.

Se pudo concluir que la calidad de la asistencia social en los ancianos solos con atención domiciliaria pertenecientes al municipio de Santiago de Cuba resultó inadecuada, al comparar los indicadores con los estándares prefijados en los componentes estructura, proceso y resultados.

Se recomendó ampliar la negociación y concertación con otros sectores para viabilizar las prestaciones sociales; aumentar la exigencia en la confección del expediente social que incluye la historia social de los ancianos solos y socializar estos con los decisores de trabajo social del municipio de Santiago de Cuba.

Referencias bibliográficas

1. Cano Amaro MC. El envejecimiento poblacional en Cuba, desde el prisma de la epidemiología social y la ética. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2016 [citado 05/04/2018]; 6 (2). Disponible en: <http://www.sld.cu/anuncio/2017/01/27/el-envejecimiento-poblacional-en-cuba-desde-el-prisma-de-la-epidemiologia-social->
2. Vázquez Garay F, Moncada Santos MC, Gola Rodríguez D. Representación social de la salud en ancianos de un área de salud en Santiago de Cuba. MEDISAN. 2019 [citado 30/04/2019]; 23 (1). Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2257/html>
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2016. La Habana: MINSAP; 2017 [citado 30/04/2019]. Disponible en: [http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario Estad%C3%ADstico de Salud e 2016 edici%C3%B3n 2017.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario%20Estad%C3%ADstico%20de%20Salud%20e%202016%20edici%C3%B3n%202017.pdf)
4. Sarabia Cobo CM. La imagen corporal en los ancianos. Estudio descriptivo. Gerokomos. 2012 [citado 30/04/2019]; 23 (1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100003

5. Cervantes Becerra RG, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza ER, Martínez González L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. Atención Primaria. 2015 [citado 30/01/2018]; 47 (6): 329-35. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002716>
6. Menéndez Jiménez JE. El paciente mayor en la APS. La Habana: Organización panamericana de la Salud; 2015.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Actualización de normas y procedimientos para el trabajo social en todos los niveles de atención. La Habana: MINSAP; 2014.
8. Rubio Olivares DY, Rivera Martínez L, Borges Oquendo LC, González Crespo FV. Calidad de vida en el adulto mayor. VARONA. 2015 [citado 02/05/2019]; 61. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Prioridades y objetivos de trabajo para el 2015. La Habana: ECIMED; 2014.
10. Yordi García M, Gómez Cabeza E, Caballero Ribacoba M. El trabajo social en Cuba. Reto de la profesión en el siglo XXI. La Habana: Ediciones Unión; 2012.
11. Godoy del Llano A, Casanova Moreno MC, Álvarez Lauzarique ME, Oliva González Y, Rodríguez Hernández N. Evaluación del subprograma de atención comunitaria al adulto mayor en el municipio Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas. 2018 [citado 02/05/2019]; 22 (4): 8-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000400004&lng=es
12. Gross Gutiérrez A, Peña Farias AI. La política del cuidado en Cuba. Retos y perspectivas para un diseño multiactoral de cuidado con énfasis en los adultos mayores. UH. 2018 [citado 02/05/2019]; (286): 155-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0253-92762018000200011&script=sci_arttext&lng=en

13. Roig Hechavarría C, Ávila Fernández E, Mac Donal Bron D, Ávila Fernández B. La atención al adulto mayor: un reto para la medicina contemporánea. Rev Cubana Med Gen Integr. 2015 [citado 02/05/2019]; 31 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000300009
14. Olonilua D, Marrero Araújo MC, Hernández Crespo L. La salud desde la perspectiva de la asignación de los recursos presupuestarios y los resultados sanitarios para Cuba y países de América. 2005-2015. INFODIR. 2019 [citado 04/05/2019]; (28). Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/474/620>
15. Fariñas Acosta L. Cómo mantener la autonomía e independencia en las personas mayores. Periódico Granma, 13 de enero de 2019 [citado 04/05/2019]. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2019-01-13/como-mantener-la-autonomia-e-independencia-en-las-personas-mayores-13-01-2019-21-01-57>



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).